

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico portador da Cédula Profissional Nº emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou a pessoa abaixo indicada, cuja identidade confirmou, tendo verificado que a mesma se encontra em estado de:

doença incapacitado para a sua atividade profissional impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)
 exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

Identificação do Beneficiário(1)

Nº Identificação de Seg. Social Data de Nascimento
Nome
(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação de Seg. Social do progenitor impedido de prestar assistência

Identificação do Familiar Doente

Nº Identificação de Seg. Social Data de Nascimento
Nome
Parentesco com o beneficiário Filho / Equiparado Tutelado Enteadado
 Neto / Equiparado Outro

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE/ IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO (Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença direta <input type="checkbox"/> DD	Data de início <input type="text"/>	Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.
D.L. n°28/2004 (Art°16.º n°3) <input type="checkbox"/> T	Data do termo <input type="text"/>	AUTORIZAÇÃO <input type="text"/>
Assistência a familiares <input type="checkbox"/> AF	Nº de dias <input type="text"/>	Rubrica do Médico <input type="text"/>
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP	(dias)	
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
Gravidez de risco clínico (*) <input type="checkbox"/> RC		
Cód. Trabalho (Art° 38.º) (*) <input type="checkbox"/> IG		
Internamento Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Cirurgia de ambulatório Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.

Instituição de Saúde <input type="text"/>	Local de arquivo/ Nº de processo <input type="text"/>	Médico <input type="text"/>
	Data <input type="text"/>	
Assinatura do Médico <input type="text"/>		

Caso regresse ao trabalho antes da data indicada deve comunicar à Segurança Social, através da Segurança Social Direta.