

do programa, bem como todos os originais dos documentos comprovativos da realização das despesas.

#### Artigo 15.º

##### Modificações ao programa

1 - Qualquer modificação relevante ao conteúdo dos programas deve ser comunicada ao IVV, I.P., com antecedência necessária para que possa ser apreciada, acompanhada de justificação que comprove que a mesma contribui de forma mais eficaz para atingir os objetivos previstos.

2 - O IVV, I.P., procede à avaliação das modificações propostas e comunica a decisão aos beneficiários.

#### Artigo 16.º

##### Saldos financeiros

O saldo financeiro resultante da diferença entre o montante total de apoio concedido para a execução de um programa e o total das despesas elegíveis é devolvido ao IVV, I.P., no prazo máximo de seis meses após a conclusão do programa.

#### Artigo 17.º

##### Comunicações obrigatórias e relatórios

No final do programa o beneficiário apresenta um relatório com a execução do programa nos termos a publicitar no sítio do IVV, I.P., na *Internet*.

#### Artigo 18.º

##### Resolução do protocolo

1 - O protocolo pode ser resolvido unilateralmente quando se verifique uma das seguintes condições:

- a) Não cumprimento, por facto imputável ao beneficiário, das suas obrigações, legais e fiscais;
- b) Prestação pelo beneficiário de informações falsas sobre a sua situação ou viciação de dados fornecidos na apresentação, apreciação e acompanhamento da execução do programa;
- c) Incumprimento das ações programadas, sem comunicação prévia ao IVV, I.P.

2 - A resolução do protocolo implica a restituição do montante indevidamente pago, no prazo de 30 dias úteis a contar da data da sua notificação, acrescidos de juros calculados à taxa em vigor.

#### Artigo 19.º

##### Avaliação

A avaliação dos programas é efetuada pelo IVV, I.P., competindo-lhe avaliar o cumprimento da programação efetuada e o contributo do programa para alcançar os objetivos da medida, através da apreciação do relatório previsto no artigo 17.º

#### Artigo 20.º

##### Controlo

Os beneficiários são sujeitos aos controlos administrativos e financeiros que venham a ser determinados pelo IVV, I.P.

#### Artigo 21.º

##### Norma revogatória

É revogada a Portaria n.º 744/2009, de 13 de julho.

#### Artigo 22.º

##### Entrada em vigor e produção de efeitos

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte à sua publicação e aplica-se a programas com ações já iniciadas ou realizadas a partir de 1 de janeiro de 2013.

O Secretário de Estado da Agricultura, *José Diogo Santiago de Albuquerque*, em 27 de junho de 2013.

##### ANEXO

(a que se refere o n.º 2 do artigo 12.º)

##### Mérito do programa (MP)

	Ponderação
<b>1. Interesse geral do programa</b>	
1.1 Pertinência do programa para a situação do mercado ou as necessidades do sector .....	15
1.2 Representatividade do candidato .....	20
<b>2. Qualidade e eficácia do programa</b>	
2.1 Coerência entre objetivos, ações e canais de informação .....	10
2.2 Adequação das ações .....	10
2.3 Eficácia custo / benefício .....	10
2.4 Qualidade da apresentação do programa .....	5
2.5 Existência de fatores de inovação .....	5
<b>3. Candidato</b>	
3.1 Experiência na implementação de programas de promoção .....	10
3.2 Estrutura e capacidade técnica para a implementação do programa .....	15
<b>TOTAL</b> .....	<b>100</b>

## MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL

### Portaria n.º 220/2013

de 4 de julho

A certificação da incapacidade temporária para o trabalho, para efeitos de atribuição do subsídio de doença no âmbito do sistema previdencial, é efetuada pelos médicos dos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde, através de modelo próprio, designado por certificado de incapacidade temporária para o trabalho por estado de doença (CIT), o qual foi aprovado pela Portaria n.º 337/2004, de 31 de março, diploma que regula os procedimentos necessários à aplicação do regime jurídico de proteção na eventualidade de doença, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de fevereiro.

O Decreto-Lei n.º 302/2009, de 22 de outubro, que altera o acima referido decreto-lei, procede à eliminação

do período de espera de 3 dias no pagamento do subsídio de doença nas situações de incapacidade temporária para o trabalho decorrentes de cirurgia de ambulatório, situação que deve constar do CIT, de modo a permitir às instituições gestoras da prestação terem conhecimento desse facto, com vista ao correto processamento da prestação.

No domínio da proteção na parentalidade, no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adoção do sistema previdencial e do subsistema de solidariedade, regulada pelo Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, verifica-se a existência de eventos geradores de incapacidade temporária para o trabalho, cuja proteção social depende de certificação médica, que não se encontram assinaladas no CIT, como sejam o risco clínico durante a gravidez e a interrupção da gravidez, situação que importa, igualmente, corrigir com vista à boa aplicação da lei.

Tendo em vista o reforço da eficácia do sistema de segurança social na atribuição das prestações no âmbito das eventualidades de doença e de maternidade, paternidade e adoção, procede-se também, através da presente portaria, à alteração do modelo do CIT, o qual passa a ser obrigatoriamente transmitido eletronicamente entre os serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde e os serviços de segurança social a partir do dia 1 do segundo mês seguinte ao da sua publicação.

Assim:

Ao abrigo do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de fevereiro, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 146/2005, de 26 de agosto, 302/2009, de 22 de outubro, e 133/2012, de 27 de junho e pela Lei n.º 28/2011, de 16 de junho e do artigo 84.º, n.º 3 do Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 70/2010, de 16 de junho, e 133/2012, de 27 de junho, manda o Governo, pelos Ministros da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, o seguinte:

Artigo 1.º

Alteração à Portaria n.º 337/2004, de 31 de março

1 — Os n.ºs 2.º, 3.º e 4.º da Portaria n.º 337/2004, de 31 de março, passam a ter a seguinte redação:

«2.º  
[...]

1 — [...].

2 — A certificação da incapacidade temporária é efetuada através de atestado médico designado por certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT), o qual é autenticado pela aposição das vinhetas do médico e do estabelecimento de saúde e comunicado por via eletrónica aos serviços de segurança social pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde.

3 — O modelo do CIT consta do anexo à presente portaria e dela faz parte integrante.

3.º  
[...]

1 — [...].

2 — O disposto no número anterior não se aplica às situações de risco clínico durante a gravidez.

3 — [Anterior n.º 2].

4.º  
[...]

[...]

- a) Se se verificar alguma irregularidade no preenchimento do CIT;
- b) [...]»

Artigo 2.º

Transmissão eletrónica do CIT

1 — A transmissão eletrónica do CIT por parte dos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde, a que faz referência o artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de fevereiro, e artigo 79.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril, passa a ser obrigatória a partir da data de entrada em vigor desta Portaria, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 — O modelo do CIT anexo à presente portaria pode ser utilizado em versão impressa única e exclusivamente nas situações em que não seja possível a sua transmissão eletrónica, por motivos de força maior.

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Saúde, *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo*, em 19 de junho de 2013. — O Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, *Luís Pedro Russo da Mota Soares*, em 14 de junho de 2013.

ANEXO



**GOVERNO DE PORTUGAL**  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO**

---

**Identificação e Declaração do Médico**

Nome do médico: \_\_\_\_\_ portador da Cédula Profissional N.º \_\_\_\_\_  
 N.º \_\_\_\_\_ 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  incapacitante para a sua atividade profissional  impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(\*)  
 exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

---

**Identificação do Beneficiário (1)**

N.º Identificação de Seg. Social: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_ (mês) \_\_\_\_\_ (dia)  
 Nome: \_\_\_\_\_

(1) Se for substituído(a) de familiar doente: N.º Identificação de Seg. Social do proponente impedido de prestar assistência: \_\_\_\_\_

---

**Identificação do Familiar Doente**

N.º Identificação de Seg. Social: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_ (mês) \_\_\_\_\_ (dia)  
 Nome: \_\_\_\_\_

Familiar com o beneficiário:  Filho / Equiparado  Tuteado  Estado   
 Neto / Equiparado  Outro

---

**Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento**

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMÍLIO <small>(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)</small>
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento. Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15h e das 18 às 21h.
Doença direta <input type="checkbox"/> DD	Data de início: _____ (ano) _____ (mês) _____ (dia)	
B.L. nº 282804 (Art.º 16.º nº 3) <input type="checkbox"/> Y	Data do termo: _____ (ano) _____ (mês) _____ (dia)	<b>AUTORIZAÇÃO</b> _____ _____ _____ <b>Rubrica do Médico</b>
Assistência a familiares <input type="checkbox"/> AF	N.º de dias: _____ (dias) <small>(confirmar o nº de dias por extensão)</small>	
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
Gravidez de risco clínico (*) <input type="checkbox"/> RC		
Cód. Trabalho (Art.º 38.º) (*) <input type="checkbox"/> BT		
Internamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cirurgia de ambulatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

---

**Autenticação**

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

ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE Local do Arquivo/ N.º do Processo: _____ Data: _____ (ano) _____ (mês) _____ (dia) ASSINATURA DO MÉDICO	ETIQUETA DO MÉDICO _____ _____ _____
--	---

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER REMETIDO PELO UTILIZADOR À SEGURANÇA SOCIAL NO PRAZO DE 5 DIAS ÚTEIS A CONTAR DA DATA DA RESPECTIVA EMISSÃO NO CASO DE INCAPACIDADE POR DOENÇA DO BENEFICIÁRIO  
Mod. 141.10