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

Identificação do Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data de Nascimento ☐☐☐☐ (ano) ☐☐ (mês) ☐☐ (dia)

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 ☐☐☐☐ (ano) ☐☐ (mês) ☐☐ (dia)

Nome _____

Parentesco com o beneficiário ☐ Filho / Equiparado ☐ Tutelado ☐ Enteado ☐ Neto / Equiparado ☐ Outro _____

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO

Doença natural	☐	DN
Doença direta	☐	DD
D.L. nº 28/2004 (Artº 16.º nº 3)	☐	T
Assistência a familiares	☐	[illegible]
Doença profissional	☐	[illegible]
Acidente de trabalho	☐	AT
Gravidez de risco clínico (*)	☐	RC
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*)	☐	IG

Internamento Sim ☐ Não ☐

Cirurgia de ambulatório Sim ☐ Não ☐

PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO

☐ Inicial ☐ Prorrogação

Data de início ☐☐☐☐ (ano) ☐☐ (mês) ☐☐ (dia)

Data do termo ☐☐☐☐ (ano) ☐☐ (mês) ☐☐ (dia)

Nº de dias ☐☐ (dias) _____ (confirmar o nº de dias por extenso)

PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO
(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)

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.

AUTORIZAÇÃO

_____

_____

_____

Rubrica do Médico _____

Autenticação

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

ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local de Arquivo/ Nº de Processo _____

Data ☐☐☐☐ (ano) ☐☐ (mês) ☐☐ (dia)

ASSINATURA DO MÉDICO

ETIQUETA DO MÉDICO

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER REMETIDO PELO UTENTE À SEGURANÇA SOCIAL NO PRAZO DE 5 DIAS ÚTEIS A CONTAR DA DATA DA RESPETIVA EMISSÃO NO CASO DE INCAPACIDADE POR DOENÇA DO BENEFICIÁRIO

Mod. 141.10

EXEMPLO