



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO POR ESTADO DE DOENÇA

## 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 o doente, cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença  incapacitante para a sua actividade profissional  exigindo cuidados inadiáveis

## Identificação do Beneficiário e do Familiar Doente

Nº Identificação de Seg. Social

Data de Nascimento

(dia) (mês) (ano)

Nome do Beneficiário

Nome do Familiar Doente

Parentesco

Nº de B. I. do Doente

## Elementos Relativos ao Estado de Incapacidade

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	<b>O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.</b> <b>Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.</b>  <b>AUTORIZAÇÃO</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>Rubrica do Médico</b> <input type="text"/>
Doença directa <input type="checkbox"/> DD	Data de início <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
D.L. nº 28/2004 (Artº 16º nº 3) <input type="checkbox"/> T	Data do termo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Assistência a familiares <input type="checkbox"/> DF	(dia) (mês) (ano)	
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº de dias <input type="text"/> <input type="text"/>	
INTERNAMENTO	(dias) (confirmar o nº de dias por extenso)	

## 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 <input type="text"/>	ETIQUETA DO MÉDICO
	Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(dia) (mês) (ano)	
	ASSINATURA DO MÉDICO <input type="text"/>	

ESTE EXEMPLAR DESTINA-SE A SER REMETIDO PELO UTENTE À SEGURANÇA SOCIAL