



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><br><b>Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.</b><br><b>AUTORIZAÇÃO</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><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/<br>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