GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

EXEMPLO

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	☐ A
Doença profissional	☐ P
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