



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico **JOAO MARQUES SILVA**

portador da Cédula Profissional

Nº **47658** 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)

Nº Identificação de Seg. Social **11334232614**

Data de Nascimento **1972-12-14**

Nome **ANTONIO MIGUEL RAMOS FERNANDES**

(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação de Seg. Social do progenitor impedido de prestar assistência

Identificação do Familiar Doente

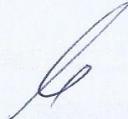
Nº Identificação de Seg. Social

Data de Nascimento

Nome

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

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO		PERÍODO DE INCAPACIDADE/ IMPEDIMENTO		PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO
Doença natural	<input checked="" type="checkbox"/> DN	Inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Prorrogação	(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário) O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença direta	DD			
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3)	T			
Assistência a familiares	AF	Data de início	2017-11-22	Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.
Doença profissional	DP			
Acidente de trabalho	AT			
Gravidez de risco clínico (*)	RC	Data do termo	2017-12-21	AUTORIZAÇÃO
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*)	IG			
		Nº de dias	30 (dias)	
Internamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			
Cirurgia de Ambulatório	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			Rubrica do Médico 

Autenticação

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

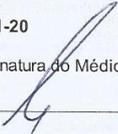
Instituição de Saúde
CS NEGRELOS - USF SÃO TOMÉ



U133672

Local de arquivo/
Nº de processo

Data **2017-11-20**

Assinatura do Médico 

Médico

JOAO MARQUES SILVA



M47658

ESTA CÓPIA DESTINA-SE A SER APRESENTADA À ENTIDADE PATRONAL