



CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Região Autónoma dos Açores

Identificação e Declaração do Médico / Médico Dentista

NOME DO MÉDICO

portador da Cédula Profissional

Nº emitida pela respetiva Ordem, 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

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

Enteadado

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 AF
Doença profissional DP
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.

CARIMBO/ETIQUETADO
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local de Arquivo/
Nº de Processo

Data

(ano)

(mês)

(dia)

ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO/VINHETA DO MÉDICO

ESTE EXEMPLAR DESTINA-SE A SER REMETIDO PELO UTENTE À SEGURANÇA SOCIAL NO PRAZO DE 5 DIAS ÚTEIS
A CONTAR DA DATA DA RESPECTIVA EMISSÃO NO CASO DE INCAPACIDADE POR DOENÇA DO BENEFICIÁRIO



CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Região Autónoma dos Açores

Identificação e Declaração do Médico / Médico Dentista

NOME DO MÉDICO

portador da Cédula Profissional

Nº emitida pela respetiva Ordem, 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

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

Enteadado

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 AF

Doença profissional DP

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.

CARIMBO/ETIQUETADO
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local de Arquivo/
Nº de Processo

Data

(ano)

(mês)

(dia)

ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO/VINHETA DO MÉDICO

ESTA CÓPIA DESTINA-SE A SER APRESENTADA À ENTIDADE PATRONAL