

S.R. DA SOLIDARIEDADE SOCIAL, S.R. DA SAÚDE
Portaria n.º 54/2014 de 8 de Agosto de 2014

Considerando que interessa atualizar o regime de certificação e controlo das situações de incapacidade temporária para o trabalho, por motivo de doença, no âmbito dos serviços de saúde e de segurança social;

Considerando que a justificação de faltas pode ser atestada por médico em regime privado, mas que o abono da prestação social depende da apresentação de certificado de incapacidade temporária emitido por médico do Serviço Regional de Saúde (SRS);

Manda o Governo Regional, pela Secretária Regional da Solidariedade Social e pelo Secretário Regional da Saúde, nos termos da alínea d) do artigo 9.º e da alínea a) do artigo 10.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 12/2014/A, de 24 de julho, o seguinte:

Artigo 1.º

Alteração à Portaria n.º 45/2011, de 17 de junho

Os artigos 2.º e 3.º da Portaria n.º 45/2011, de 17 de junho, passam a ter a seguinte redação:

“Artigo 2.º

Certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT)

Para efeitos da presente portaria, entende-se por CIT a declaração de médico do Serviço Regional de Saúde (SRS), para efeitos de abono da prestação social, atestando que um beneficiário se encontra incapacitado, por motivo de doença e por um período determinado, de exercer atividade profissional.

Artigo 3.º

Concessão do CIT

1. A certificação de incapacidade temporária para o trabalho é efetuada pelo médico do SRS, em impresso de modelo oficial, designado por CIT, com base em ato médico de verificação da situação de doença, e é fundamentado nas informações constantes da ficha clínica relacionadas com a mesma.

2. O CIT é concedido com fundamento nas seguintes situações:

- a) Doença natural;
- b) Doença resultante de acidente (doença direta);
- c) Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de fevereiro (art.16.º, n.º 3);
- d) Assistência a familiares doentes;
- e) Doença profissional;
- f) Acidente de trabalho;

g) Gravidez de risco clínico;

h) Código do Trabalho (artigo 38.º).

3. O CIT é emitido em triplicado, destinando-se um exemplar a ser entregue pelo utente aos serviços de segurança social, outro à entidade patronal, devendo o utente manter em sua posse, para referência própria e para apresentação aos serviços de saúde, o terceiro exemplar.

4. O CIT é enviado pelos serviços de saúde, por via eletrónica, para os serviços de segurança social.

5. O modelo do CIT é o constante do anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante.”

Artigo 2.º

Modelo do CIT

O modelo do CIT constante do anexo à Portaria n.º 65/2012, de 20 de junho, é substituído pelo modelo constante do anexo á presente portaria, da qual faz parte integrante.

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria entre em vigor no dia 1 de setembro de 2014.

Secretarias Regionais da Solidariedade Social e da Saúde.

Assinada em 30 de julho de 2014.

A Secretária Regional da Solidariedade Social, *Andreia Martins Cardoso da Costa*. - O Secretário Regional da Saúde, *Luís Mendes Cabral*.

Anexo

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PARA O TRABALHO

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
abaixo indicada, cuja identidade confirmou, tendo verificado que a mesma se encontra em estado de:

doença incapacitante para a sua actividade 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 (mes) (anos) (dias)

Nome

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

Identificação do Familiar Doente

Nº Identificação de Seg. Social Data de Nascimento (mes) (anos) (dias)

Nome

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

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO (E m caso de incapacidade por doença do beneficiário)
Doença Natural <input type="checkbox"/> DN Doença direta <input type="checkbox"/> DD D.L. nº 28/2004 (Artº 16º nº 3) <input type="checkbox"/> T Assistência a familiares <input type="checkbox"/> AF Doença profissional <input type="checkbox"/> DP Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT Gravidez de risco clínico (*) <input type="checkbox"/> RC Cód. Trabalho (Artº38º) (*) <input type="checkbox"/> IG	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação Data de início <input type="text"/> (mes) (anos) (dias) Data do termo <input type="text"/> (mes) (anos) (dias) Nº de dias <input type="text"/> (dias) (confirmar o nº de dias por escrito)	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rubrica do Médico <input type="text"/>
Internamento Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Cirurgia de Ambulatório Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

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"/>	Data <input type="text"/> (mes) (anos) (dias)	ETIQUETA DO MÉDICO
	ASSINATURA DO MÉDICO <input type="text"/>		

ESTE FORMULÁRIO DEVE 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