REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

NOME DO MÉDICO portador da Cédula Profissional

Nº emitida pela Ordem os 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 (ano) (mês) (dia)

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 (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 16º nº 3)	☐	T
Assistência a familiares	☐	AF
Doença profissional	☐	DP
Acidente de trabalho	☐	AT
Gravidez de risco clínico (*)	☐	RC
Cód. Trabalho (Artº38º) (*)	☐	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