

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico **Sónia Marques Cardoso**

portador da Cédula Profissional

Nº **50581** 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:

☒ **X** incapacitado para a sua atividade profissional
☒ **X** doença exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)

Identificação do Beneficiário(1)

Nº Identificação de Seg. Social **10098465078**

Data de Nascimento **1962-01-18**

Nome **LUÍSA MARIA MEDINAS COSTA**

(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

(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)

Doença natural	<input checked="" type="checkbox"/> X DN	Inicial	<input checked="" type="checkbox"/> X Prorrogação
Doença direta	DD		
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3)	T	Data de início	2025-11-07
Assistência a familiares	AF		
Doença profissional	DP	Data do termo	2025-12-06
Acidente de trabalho	AT		
Gravidez de risco clínico (*)	RC		
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*)	IG	Nº de dias	30 (dias)
Internamento	Sim Não <input checked="" type="checkbox"/> X		
Cirurgia de ambulatório	Sim Não <input checked="" type="checkbox"/> X		

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
CONSULTAS TRATAMENTOS

Rubrica
do Médico

Autenticação

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

Instituição de Saúde
USF D. SANCHO I

Local de arquivo/
Nº de processo

Data **2025-11-10**

Médico

Sónia Marques Cardoso



* U 3 1 4 0 6 7 1 *

Assinatura do Médico



* M 5 0 5 8 1 *

CONSERVE ESTA CÓPIA PARA SER APRESENTADA AO MÉDICO NA PRÓXIMA CONSULTA.

Caso regresse ao trabalho antes da data indicada deve comunicar à Segurança Social, através da Segurança Social Direta.