

**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:

doença incapacitado para a sua atividade profissional
 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	<input type="checkbox"/> Filho / Equiparado	<input type="checkbox"/> Tutelado	<input type="checkbox"/> Enteado
	<input type="checkbox"/> Neto / Equiparado	<input type="checkbox"/> 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"/> DN		Inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Prorrogação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença direta		<input type="checkbox"/> DD			
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3)	<input type="checkbox"/> T	Data de inicio	2025-11-07		Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.
Assistência a familiares	<input type="checkbox"/> AF				
Doença profissional	<input type="checkbox"/> DP	Data do termo	2025-12-06		AUTORIZAÇÃO CONSULTAS TRATAMENTOS
Acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> AT				
Gravidez de risco clínico (*)	<input type="checkbox"/> RC				
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*)	<input type="checkbox"/> IG	Nº de dias	30		
			(dias)		
Internamento	Sim	Não <input checked="" type="checkbox"/>			Rubrica do Médico
Cirurgia de ambulatório	Sim	Não <input checked="" type="checkbox"/>			

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

Médico

Sónia Marques Cardoso

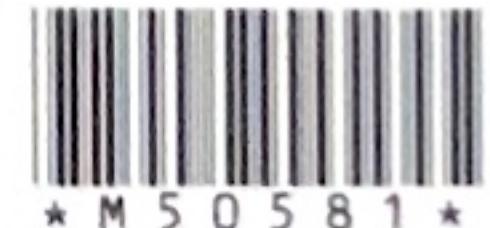
Data

2025-11-10



* 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.