

ld

## CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA **PARA O TRABALHO**

## Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico	JOANA L G	ONCALV	ES			porta	ador da Cédula Profissional	
Nº <b>51663</b> emitida	pela Ordem	Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou a pessoa abaixo indicada,						
cuja identidade confir	mou, tendo	verificado	que a mesma se e	encontra em est	ado de:			
X doença	ncapacitante	e para a s	sua atividade profis	sional	impedime	ento para o trabalh	no das beneficiárias grávidas(*)	
,	exigindo cuio	dados ina	diáveis e imprescir	ndíveis			o dae zenemelanae gramaae( )	
dentificação do Be	neficiário <i>l</i>	(1)						
Nº Identificação de		` '	02511576			Data (	de Nascimento 1998-10-18	
Nome GONCALO	_		3			Data	ao nacomonic	
(1) Se for avô/avó	/equiparado	o do fam	iliar doente: Nº Ide	entificação de	Seg. Social do	progenitor impe	edido de prestar assistência	
Identificação do Fa	amiliar Do	ente						
Nº Identificação de	Seg. Socia	al				Data o	de Nascimento	
Nome								
Darantagas sam a	h anafiai á ric	. F	Filho / Equiparado	) T	utelado	Ente	ado	
Parentesco com o	beneliciano	,	Neto / Equiparado	0	utro			
Elementos Relativo	s ao Estad							
CLASSIFICAÇÃO [	DA SITUAÇÃO	)	PERÍODO DE IN	ICAPACIDADE/	IMPEDIMENTO	PERI	MANÊNCIA NO DOMICÍLIO	
Doença natural	Х	DN	I ERIODO DE III	IOAI AOIDADE			capacidade por doença do beneficiário)	
Doença direta		DD	Х	Inicial	Prorrogação	-	oode ausentar-se do domicílio	
D.L. nº28/2004 (Artº16.º	nº3)	Т	^	illorar	Tionogação	para tratamer	NO.	
Assistência a familiares		AF	Data de início	2021-12-14	2021-12-14		Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.	
Doença profissional		DP	Bata de miore	2021 12 14				
Acidente de trabalho		AT				AUTORIZAÇ <i>Â</i>	ΟĂ	
Gravidez de risco clínico	o (*)	RC	Data do termo	2021-12-23	2021-12-23			
Cód. Trabalho (Artº 38.º	) (*)	IG						
Internamento	Sim Nã	io X	N⁰ de dias	10 (dias)				
Cirurgia de Ambulatório		io X		(dido)		Rubrica		
_	Jiiii iva	~~ <b>^</b>				do Médico		
Autenticação A informação clínica o	que fundame	enta o pre	sente certificado es	stá anotada e g	uardada no proc	esso clínico.		
Instituição de Sai ACES BX MDGO - USF S.		Local de					Médico	
		Nº de pro		-12-15			JOANA L GONCALVES	
*U061391		Assinatura do Médico					~Nb 1663~	
*U061391*							*M51663*	



Nome do Médico

## CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA **PARA O TRABALHO**

## Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico JOANA L	GONCALVE	S	portador da Cédula Profissional
Nº 51663 emitida pela Ord	em dos Médio	cos, declara por sua honra profissional q	ue observou a pessoa abaixo indicada,
cuja identidade confirmou, tend	do verificado d	que a mesma se encontra em estado de:	:
X doença X incapacita	ante para a su	a atividade profissional	mpedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)
	cuidados inad	iáveis e imprescindíveis	inpedimento para o trabamo das perionoranas gravidas( )
Idontificação do Popoficióri	o (1)		
Identificação do Beneficiári	` '	2511576	Data de Nascimento 1998-10-18
Nº Identificação de Seg. So Nome GONCALO PESSOA		2311370	Data de Nascimento 1998-10-18
Nome GONCALO PESSOA	A WARQUES		
(1) Se for avô/avó/equipara	ado do famili	ar doente: № Identificação de Seg. S	ocial do progenitor impedido de prestar assistência
Identificação do Familiar D	oente		
Nº Identificação de Seg. So	cial		Data de Nascimento
Nome			
	. Fil	lho / Equiparado Tutelado	Enteado
Parentesco com o beneficiá	allo	eto / Equiparado Outro	Lineado
Flomentee Beletives as Fo		• •	
Elementos Relativos ao Es CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇ			
Doença natural	X DN	PERÍODO DE INCAPACIDADE/ IMPEDII	MENTO PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO  (Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)
Doença direta	DD		O doente só pode ausentar-se do domicílio
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3)	т	X Inicial Prorro	gação para tratamento.
Assistência a familiares	AF		Em casos devidamente fundamentados o
Doença profissional	DP	Data de início <b>2021-12-14</b>	médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.
Acidente de trabalho	AT		
Gravidez de risco clínico (*)	RC	Data do termo <b>2021-12-23</b>	AUTORIZAÇÃO
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*)	IG		
		Nº de dias 10	
Internamento Sim	Não X	(dias)	Rubrica
Cirurgia de Ambulatório Sim	Não X		do Médico
Autenticação			v ·
		ente certificado está anotada e guardada	
Instituição de Saúde ACES BX MDGO - USF S. Julião	Local de a Nº de proc		Médico
*U061391*		Data <b>2021-12-15</b>	JOANA L GONCALVES *NF.1662*
		Assinatura do Médico	IVU TOUJ
*U061391*			*M51663*