

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico	JOANA L GONCALVES	portador da Cédula Profissional
Nº	51663	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:		
<input checked="" type="checkbox"/> doença	<input checked="" type="checkbox"/> incapacitante para a sua atividade profissional	<input type="checkbox"/> impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)
	<input type="checkbox"/> exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis	

Identificação do Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social	11102511576	Data de Nascimento	1998-10-18
Nome	GONCALO PESSOA MARQUES		
(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"/> Enteadado
	<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
Doença natural <input checked="" type="checkbox"/> DN	<input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)
Doença direta <input type="checkbox"/> DD		O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3) <input type="checkbox"/> T		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		AUTORIZAÇÃO
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
Gravidez de risco clínico (*) <input type="checkbox"/> RC		
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) <input type="checkbox"/> IG		
Internamento Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> X	Data de início 2021-12-14	
Cirurgia de Ambulatório Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> X	Data do termo 2021-12-23	
	Nº de dias 10 (dias)	
		Rubrica do Médico

Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.		
Instituição de Saúde ACES BX MDGO - USF S. Julião	Local de arquivo/ Nº de processo	Médico
U061391	Data 2021-12-15	JOANA L GONCALVES
U061391	Assinatura do Médico	*M51663*
		M51663

CONSERVE ESTA CÓPIA PARA SER APRESENTADA AO MÉDICO NA PRÓXIMA CONSULTA

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico	JOANA L GONCALVES	portador da Cédula Profissional
Nº	51663	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:		
<input checked="" type="checkbox"/> doença	<input checked="" type="checkbox"/> incapacitante para a sua atividade profissional	<input type="checkbox"/> impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)
<input type="checkbox"/> exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis		

Identificação do Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social	11102511576	Data de Nascimento	1998-10-18
Nome	GONCALO PESSOA MARQUES		
(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"/> Enteadado
	<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
Doença natural <input checked="" type="checkbox"/> DN	<input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)
Doença direta <input type="checkbox"/> DD		O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3) <input type="checkbox"/> T		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		AUTORIZAÇÃO
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
Gravidez de risco clínico (*) <input type="checkbox"/> RC		
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) <input type="checkbox"/> IG		
Internamento Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> X	Data de início 2021-12-14	
Cirurgia de Ambulatório Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> X	Data do termo 2021-12-23	
	Nº de dias 10 (dias)	
		Rubrica do Médico

Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.		
Instituição de Saúde ACES BX MDGO - USF S. Julião *U061391* *U061391*	Local de arquivo/ Nº de processo Data 2021-12-15 Assinatura do Médico	Médico JOANA L GONCALVES *M51663* *M51663*

ESTA CÓPIA DESTINA-SE A SER APRESENTADA À ENTIDADE PATRONAL