Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO POR ESTADO DE DOENÇA DE FUNCIONÁRIO PÚBLICO/ AGENTE ADMINISTRATIVO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico

Portador da Cédula Profissional N.º

emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou o doente, cuja identidade confirma, tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença:

- ☐ Incapacitante para a sua actividade profissional
- ☐ Exigindo cuidados inadiáveis

Médico convencionado:

- ☐ ADSE
- ☐ ADM
- ☐ SSMJ
- ☐ SADPSP
- ☐ SADGNR

Identificação do Funcionário/Agente e do Familiar Doente

Data de Nascimento

Funcionário/Agente

Familiar Doente

Parentesco

N.º B.I. do Doente

Nome do B.I. do Doente

N.º de Beneficiário do subsistema público de saúde

Funcionário/Agente:

- ☐ ADSE
- ☐ ADM
- ☐ SSMJ
- ☐ SADPSP
- ☐ SADGNR

Elementos Relativos à Situação de Doença

Classificação da Situação

- Doença Natural ☐
- Doença Prolongada ☐
  (Art.º 49.º do DL n.º 100/99, de 31/03)
- Doença Directa ☐
- Assistência a Familiares ☐
- Assistência a Filhos Menores de 10 Anos ☐

Período de Incapacidade

Inicio

Termo

N.º de Dias

Internamento ☐ Sim ☐ Não

Ausência do Domicílio

A doença implica a permanência no domicílio?

☐ Sim ☐ Não

Rubrica do Médico

Autenticação

A informação clínica que fundamenta a presente declaração está anotada e guardada no processo clínico

ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local do Arquivo/ N.º do Processo

Data

ASSINATURA DO MÉDICO

ETIQUETA DO MÉDICO

Deste formulário deve ser extraído um exemplar destinado a ser apresentado ao serviço onde o funcionário ou agente exerce funções, podendo ser extraídos outros quando necessário.