

# CERTIFICADOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

## Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico **VITOR BATISTA** portador da Cédula Profissional

Nº **29982** 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:

incapacitado para a sua atividade profissional  impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas (\*)

doença exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

## Identificação do Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social **11911022353** Data de Nascimento **1991-05-26**

Nome **NELSON CRISTIANO MARTINS GOMES**

(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação 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  Enteadado

Neto/Equiparado  Outro

## Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

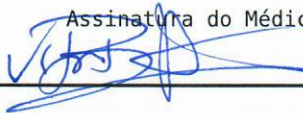
CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO (Em caso de incapacidade por doença do)
Doença Natural <input checked="" type="checkbox"/> DN	<input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença Direta DD		
D.L. n28/2004 (Art 16.n 3) T	Data de Início <b>2026-04-21</b>	Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.
Assistência a familiares AF		
Doença Profissional DP	Data de Termo <b>2026-05-02</b>	AUTORIZAÇÃO FISIATRIA EXAMES E CONSULTAS
Acidente de trabalho AT		
Gravidez de risco clínico (*) RC		Rubrica do Médico 
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) IG	Nº de dias <b>12</b> (dias)	
Internamento Sim Não <input checked="" type="checkbox"/>		
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 **HOSPITAL DA TRO** Local de arquivo/ Nº de processo **GTJN-699228** Médico **VITOR BATISTA**

Data **2026-04-20**

Assinatura do Médico 

\*U 1 8 3 0 0 0 6 \* \*M 2 9 9 8 2 \*

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.