

CERTIFICADOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico **PEDRO GROSSO** portador da Cédula Profissional

Nº **70735** 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 **11323639966** Data de Nascimento **1972-12-06**

Nome **SEVERINA ISABEL CARNEIRO SILVA**

(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 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 2026-04-14	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 2026-04-20	AUTORIZAÇÃO
Acidente de trabalho AT		
Gravidez de risco clínico (*) RC		Rubrica do Médico
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) IG	Nº de dias 7 (dias)	
Internamento <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Cirurgia de Ambulatório <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

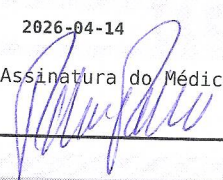
Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.

Instituição de Saúde **HOSP. NARCISO F**

Local de arquivo/
Nº de processo _____

Data **2026-04-14**

Assinatura do Médico 

Médico **PEDRO GROSSO**

*U 1 9 7 5 2 9 8 *

*M 7 0 7 3 5 *

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.
Processado por computador - Registo de Saúde Electrónico - Área do Cidadão