

**CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PARA O TRABALHO**

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico **MARTA F. PEREIRA** portador da Cédula Profissional
 Nº **58952** 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 **11910289399** Data de Nascimento **1987-11-05**
 Nome **VÍTOR DIOGO MARTINS FERNANDES**
 (1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação de Seg. Social do progenitor impedido de prestar assistência

Identificação do Familiar Doente


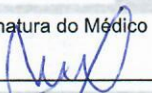

Nº Identificação de Seg. Social _____ Data de Nascimento _____
 Nome _____
 Parentesco com o beneficiário Filho / Equiparado Tutelado Enteado
 Neto / Equiparado Outro _____

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE/ IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO (Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input checked="" type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença direta <input type="checkbox"/> DD	Data de início 2026-04-01	Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3) <input type="checkbox"/> T	Data do termo 2026-04-12	AUTORIZAÇÃO
Assistência a familiares <input type="checkbox"/> AF	Nº de dias 12 (dias)	Rubrica do Médico _____
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input checked="" 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"/>		
Cirurgia de ambulatório Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		

Autenticação

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

Instituição de Saúde USF CAMPOS CONVÍDA  * U 1 1 3 4 2 7 4 *	Local de arquivo/ Nº de processo Data 2026-04-02 Assinatura do Médico 	Médico MARTA F. PEREIRA  * M 5 8 9 5 2 *
--	--	--

CONSERVE ESTA CÓPIA PARA SER APRESENTADA AO MÉDICO NA PRÓXIMA CONSULTA.
 Caso regresso ao trabalho antes da data indicada deve comunicar à Segurança Social, através da Segurança Social Direta.