

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:

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

Doença natural DN
Doença direta DD
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3) T
Assistência a familiares AF
Doença profissional DP
Acidente de trabalho AT
Gravidez de risco clínico (*) RC
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) IG

Inicial Prorrogação

Data de início **2026-04-27**

Data do termo **2026-05-10**

Nº de dias **14**
(dias)

O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.

Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.

AUTORIZAÇÃO
para tratamentos

Rubrica
do Médico _____

Internamento Sim Não

Cirurgia de ambulatório Sim Não

Autenticação

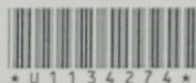
A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.

Instituição de Saúde
USF CAMPOS CONVÍDA

Local de arquivo/
Nº de processo _____

Data **2026-04-29**

Médico
MARTA F. PEREIRA



* U 1 1 3 4 2 7 4 *

Assinatura do Médico

[Handwritten Signature]



* M 5 8 9 5 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.