

CERTIFICADOS 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:		
x 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	11910289399	Data de Nascimento	1987-11-05
Nome	VÍTOR DIOGO MARTINS FERNANDES		
(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação Seg. Social do progenitor impedido de prestar assistência			

Identificação do Familiar Doente

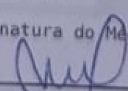
Nº Identificação de Seg. Social				Data de Nascimento	
Nome					
Parentesco com o beneficiário	Filho/Equiparado	Tutelado	Enteado		
	Neto/Equiparado	Outro			

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO		PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO (Em caso de incapacidade por doença do
Doença Natural	☒ DN	Inicial ☒ Prorrogação Data de Início: 2026-07-15 Data de Termo: 2026-07-31 Nº de dias: 17 (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.
Doença Direta	☐ DD		AUTORIZAÇÃO Rubrica do Médico
D.L. n28/2004 (Art 16.n 3)	☐ T		
Assistência a familiares	☐ AF		
Doença Profissional	☐ DP		
Acidente de trabalho	☐ AT		
Gravidez de risco clínico (*)	☐ RC		
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*)	☐ IG		
Internamento	Sím ☐ Não ☒		
Cirurgia de Ambulatório	Sím ☐ Não ☒		

Autenticação

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

Instituição de Saúde USF CAMPOS CONV  *U 1 1 3 4 2 7 4 *	Local de arquivo/ Nº de processo Data: 2026-07-14 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 regressar 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