

CERTIFICADOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico	TIAGO COSTA PEREIRA		portador da Cédula Profissional
Nº	58967	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		

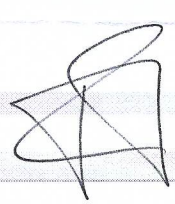
Identificação do Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social	10294538166	Data de Nascimento	1971-05-06
Nome	ANTÓNIO JOSÉ DE SOUSA FERREIRA		
(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação Seg. Social do progenitor impedido de prestar assistência			

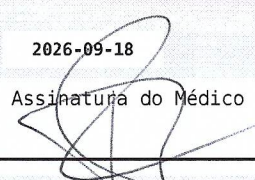
Identificação do Familiar Doente

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	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 2026-09-18	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 2026-10-07	AUTORIZAÇÃO deve deambular e cuidados de penso
Acidente de trabalho ☐ AT		
Gravidez de risco clínico (*) ☐ RC		
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) ☐ IG	Nº de dias 20 (dias)	
Internamento ☐ Sim ☒ Não		Rubrica do Medico
Cirurgia de Ambulatório ☐ Sim ☒ Não		

Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.		
Instituição de Saúde H.S.JOAO-CIR.AM  *U 1 1 3 7 0 5 3 *	Local de arquivo/ Nº de processo Data 2026-09-18 Assinatura do Médico 	Médico TIAGO COSTA PEREIRA  *M 5 8 9 6 7 *

ESTA CÓPIA DESTINA-SE A SER APRESENTADA À ENTIDADE PATRONAL