

CERTIFICADOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico	AIDA FERNANDES		portador da Cédula Profissional
Nº	39377	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			

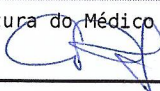
Identificação do Familiar Doente

Nº Identificação de Seg. Social		Data de Nascimento	
Nome			
Parentesco com o beneficiário	☐ Filho/Equiparado	☐ Tutelado	☐ 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	Inicial ☒ Prorrogação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença Direta ☐ DD	Data de Início 2026-10-08	Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.
D.L. n28/2004 (Art 16.n 3) ☐ T	Data de Termo 2026-10-18	AUTORIZAÇÃO
Assistência a familiares ☐ AF	Nº de dias 11	
Doença Profissional ☐ DP	(dias)	
Acidente de trabalho ☐ AT		Rubrica do Médico
Gravidez de risco clínico (*) ☐ RC		
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) ☐ IG		
Internamento Sim ☐ Não ☒ x		
Cirurgia de Ambulatório Sim ☐ Não ☒ x		

Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.		
Instituição de Saúde USF VIL'ALVA  *U 1 1 3 2 6 7 2 *	Local de arquivo/ Nº de processo USF VIL'ALVA Data 2026-10-07 Assinatura do Médico 	Médico AIDA FERNANDES  *M 3 9 3 7 7 *

ESTA CÓPIA DESTINA-SE A SER APRESENTADA À ENTIDADE PATRONAL