Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO POR ESTADO DE DOENÇA DE FUNCIONÁRIO PÚBLICO/ AGENTE ADMINISTRATIVO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico _____ **Portador da Cédula Profissional**

N.º ☐☐☐☐☐ **emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou o doente, cuja identidade confirma, tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença:**

☐ **Incapacitante para a sua actividade profissional**

☐ **Exigindo cuidados inadiáveis**

Médico convencionado:

☐ ADSE
☐ ADM
☐ SSMJ
☐ SADPSP
☐ SADGNR

Identificação do Funcionário/Agente e do Familiar Doente

Data de Nascimento ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Funcionário/Agente _____

Familiar Doente _____

Parentesco _____ **N.º B.I. do Doente** Nome do B.I. do Doente

N.º de Beneficiário do subsistema público de saúde ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Funcionário/Agente:

☐ ADSE
☐ ADM
☐ SSMJ
☐ SADPSP
☐ SADGNR

Elementos Relativos à Situação de Doença

Classificação da Situação

Doença Natural ☐

Doença Prolongada ☐
(Art.º 49.º do DL n.º 100/99, de 31/03)

Doença Directa ☐

Assistência a Familiares ☐

Assistência a Filhos Menores de 10 Anos ☐

Período de Incapacidade

Inicio ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Termo ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

N.º de Dias ☐☐

Internamento ☐ **Sim** ☐ **Não**

Ausência do Domicílio

A doença implica a permanência no domicílio?

☐ **Sim** ☐ **Não**

Rubrica do Médico

_____

Autenticação

A informação clínica que fundamenta a presente declaração está anotada e guardada no processo clínico

ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local do Arquivo/ N.º do Processo _____

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ASSINATURA DO MÉDICO

ETIQUETA DO MÉDICO

Deste formulário deve ser extraído um exemplar destinado a ser apresentado ao serviço onde o funcionário ou agente exerce funções, podendo ser extraídos outros quando necessário.