



S. R.  
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

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

1. Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico  Portador da Cédula Profissional  
Nº  emitida pela Ordem dos Médicos\*  ou Ordem dos Médicos Dentistas\* , 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

\* assinalar a ordem correspondente

Médico:

privativo dos serviços  
 convencionado pela SRAS  
 do SESARAM, E.P.E.

2. Identificação do Funcionário / Agente e do Familiar Doente

Funcionário/Agente   
Familiar Doente   
Parentesco   
Data de Nascimento   
Nº B.I. do Doente   
Nº de Beneficiário do subsistema público de saúde

ADSE  
 ADM  
 SSMJ  
 SADRSP  
 SADGNR

3. Elementos Relativos à Situação de Doença

Classificação da Situação

Doença Natural   
Doença Prolongada   
(Artº 49º do DL nº100/99, de 31/03)  
Doença Directa   
Assistência a Familiares   
Assistência a Filhos Menores de 10 Anos

Período de Incapacidade

Início   
Termo   
Nº de Dias   
Internamento  Sim  Não

Ausência do Domicílio

A doença implica a permanência no domicílio?  
 Sim  Não

Rubrica do Médico

4. Autenticação

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

Local do Arquivo/  
Nº do Processo   
Data   
ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
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.

Obs.: