S. R.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL

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 n.º ☐☐☐☐☐ 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 atividade 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

Data de Nascimento ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Funcionário/Agente

Familiar doente

Parentesco

N.º B.I. do Doente

N.º 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 Direta	☐
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

ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local do Arquivo/ Nº 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.

Obs.: