



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico

MILENE MORAIS LEITE ARANDA

portador da Cédula Profissional

Nº **55138** 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:

☒ **X** incapacitado para a sua atividade profissional
☒ **X** doença exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)

Identificação do Beneficiário(1)

Nº Identificação de Seg. Social

11230423966

Data de Nascimento **1980-02-26**

Nome **HUGO ROBERTO AZEVEDO**

(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação de 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

Doença natural	☒ DN	☒ X	Inicial	Prorrogação
Doença direta	DD			
D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3)	T		Data de início	2026-04-07
Assistência a familiares	AF			
Doença profissional	DP		Data do termo	2026-04-17
Acidente de trabalho	AT			
Gravidez de risco clínico (*)	RC			
Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*)	IG		Nº de dias	11 (dias)
Internamento	Sim	Não ☒		
Cirurgia de ambulatório	Sim	Não ☒		

PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO

(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)

O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.

Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.

AUTORIZAÇÃO

**PODE SAIR SEM RESTRICAO HORARIOS
NECESSIDADE SE AUSENTAR ILHA.**

Rubrica
do Médico

Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.

Instituição de Saúde
SAO ROQUE DO PICO

Local de arquivo/
Nº de processo

Data

2026-04-09

Médico

MILENE MORAIS LEITE ARANDA



* U 6 4 6 0 2 0 1 *

Assinatura do Médico



* M 5 5 1 3 8 *

ESTA CÓPIA DESTINA-SE A SER APRESENTADA À ENTIDADE PATRONAL