

# Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho

*Novo CTT*

**GOVERNO DE PORTUGAL**  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO**

**GUIA DO UTILIZADOR**

**Identificação e Declaração do Médico**

Nome do Médico \_\_\_\_\_ emitida pelo Sistema de Saúde \_\_\_\_\_  
N.º \_\_\_\_\_  
cuja identidade confirmo, tendo verificado que o médico em questão é titular de uma habilitação profissional para a prática da medicina e que a incapacidade temporária para o trabalho é decorrente de doença \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_\_

**Identificação do Beneficiário (\*)**

N.º de Identificação de Seg. Social \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
(\*) Se for avulso/emprego de familiar doente: N.º de Identificação de Seg. Social do requerente responsável de prestar assistência \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_\_

**Identificação do Familiar Doente**

N.º de Identificação de Seg. Social \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Parentesco com o beneficiário: Filho / Equiparado \_\_\_\_\_  
Neto / Equiparado \_\_\_\_\_  
Tutelado \_\_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_

**Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento**

**CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO**

Doença natural	<input type="checkbox"/>	DB
Doença direta	<input type="checkbox"/>	T
D.L. n.º 282/2004 (Art.º 10.º n.º 3)	<input type="checkbox"/>	AF
Ausência profissional	<input type="checkbox"/>	DP
Doença de trabalho	<input type="checkbox"/>	AT
Acidente de risco cíclico (*)	<input type="checkbox"/>	AC
Cód. Trabalho (Art.º 35.º)	<input type="checkbox"/>	CC
Interrampamento	<input type="checkbox"/>	SI
Cirurgia ambulatória	<input type="checkbox"/>	CA

**PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO**

Inicial \_\_\_\_\_  
Data de início \_\_\_\_\_  
Final \_\_\_\_\_  
Data de termo \_\_\_\_\_  
N.º de dias \_\_\_\_\_  
Prolongação \_\_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_\_

**PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO**  
(Em caso de incapacidade por doença de trabalho)  
O doente só pode permanecer no domicílio por 15 dias.  
Em casos devidamente fundamentados, o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15h e das 18 às 21h.

**AUTORIZAÇÃO**

Subscrição do Médico \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

**Autenticação**

Informação clínica que fundamenta o presente certificado está anexada e guardada no processo clínico.  
Local de Arquivo \_\_\_\_\_  
N.º de Processo \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

**ETIQUETA DO MÉDICO**

**MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL**  
CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

**2013**

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO E ENTREGUE AO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA A CONTA DA DATA DA RESPOSTA.

Mod. 141.10

## **Ficha Técnica**

---

### **Autor:**

- Direção-Geral da Segurança Social (DGSS)
  - Direção de Serviços de Instrumentos de Aplicação (DSIA)
- 

### **Participação:**

- Administração Central do Sistema de Saúde
  - Direção-Geral da Saúde
  - Instituto de Informática, I.P.
  - Instituto de Segurança Social, I.P.
  - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- 

### **Editor:**

DGSS

---

### **Conceção Gráfica:**

DGSS/DSIA

---

### **Versão** (julho 2013)

---

Os direitos de autor deste trabalho pertencem à DGSS.

---

## Índice

### 1. CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

#### 1.1. O CIT

#### 1.2. Entidades competentes para a certificação

#### 1.3. Instruções de preenchimento

- Identificação e Declaração do Médico
- Identificação do Beneficiário
- Identificação do Familiar Doente
- Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

### 2. OUTRAS INFORMAÇÕES ÚTEIS

#### 2.1. Emissão do CIT

#### 2.2. Prorrogação do Período de Incapacidade / Impedimento

#### 2.3. Alteração da Classificação da Doença

#### 2.4. Serviços Administrativos do Serviço de Saúde



## 1.2. ENTIDADES COMPETENTES PARA A CERTIFICAÇÃO

O CIT destina-se a ser utilizado pelos seguintes serviços de saúde:

- CENTROS DE SAÚDE, incluindo os serviços de atendimento permanente
- ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DA REDE PÚBLICA, exceto serviços de urgência
- OUTROS SERVIÇOS DEVIDAMENTE AUTORIZADOS.

## 1.3. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Elementos a recolher nos diferentes blocos:

### IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DO MÉDICO



**Identificação e Declaração do Médico**

NOME DO MÉDICO  portador da Cédula Profissional

N°      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  incapacitante para a sua atividade profissional  impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(\*)

exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

#### Identificação do médico

- Nome do médico
- Número da cédula profissional do médico

#### Declaração do médico

- Incapacidade temporária para o trabalho do beneficiário, por motivo de doença
- Incapacidade temporária de familiar, por motivo de doença, exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis por parte do beneficiário
- Impedimento temporário para o trabalho das beneficiárias grávidas

Consoante a situação, o médico deve assinalar com :

- *Doença - Incapacitante para a sua atividade profissional*, quando o doente é o beneficiário
- *Doença - Exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis*, quando o doente é o familiar do beneficiário
- *Impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas*, nos casos de risco clínico durante a gravidez ou de interrupção de gravidez.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL**

Se a situação de doença/impedimento não exigir internamento nem cirurgia de ambulatório, ambos os campos devem ser preenchidos com uma  no respetivo local.

Internamento Sim  Não

Cirurgia de ambulatório Sim  Não

**CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO**



CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO		
Doença natural	<input type="checkbox"/>	DN
Doença direta	<input type="checkbox"/>	DD
D.L. n.º 28/2004 (Art.º 16.º n.º 3)	<input type="checkbox"/>	T
Assistência a familiares	<input type="checkbox"/>	AF
Doença profissional	<input type="checkbox"/>	DP
Acidente de trabalho	<input type="checkbox"/>	AT
Gravidez de risco clínico (*)	<input type="checkbox"/>	RC
Cód. Trabalho (Art.º 38.º) (*)	<input type="checkbox"/>	IG
Internamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Cirurgia de ambulatório	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

**Assinalar com  a situação correspondente**

A recolha desta informação torna-se necessária uma vez que as diferentes causas das situações de incapacidade ou de impedimento determinam diferentes particularidades ao nível dos esquemas de proteção social.

Ver Quadro I- Classificação da Situação.

**QUADRO I - CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO**

<b>Doença natural</b> - O subsídio é devido, apenas, a partir do 4.º dia subsequente ao da verificação da incapacidade no caso de trabalhadores por conta de outrem ( <b>período de espera: 3 dias</b> ). No caso dos trabalhadores independentes o subsídio é devido a partir do 31.º dia ( <b>o período de espera é de 30 dias</b> ). No caso de internamento ou de cirurgia de ambulatório não há lugar a período de espera.	x	<b>DN</b>
<b>Doença direta</b> - Determina a averiguação da existência de responsabilidade civil de terceiros.	x	<b>DD</b>
<b>D.L. n.º 28/2004, de 04/02 (art. 16.º, n.º 3)</b> - O valor do subsídio de doença, em caso de tuberculose, é superior ao atribuído na situação de doença natural e é devido desde o <b>1.º dia</b> da incapacidade.	x	<b>T</b>
<b>Assistência a familiares</b> - A atribuição dos respetivos subsídios depende da necessidade de prestar assistência a filhos, netos ou equiparados, em caso de doença ou acidente.	x	<b>AF</b>
<b>Doença profissional</b> – Estas situações determinam a articulação com o Departamento Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais, do Instituto da Segurança Social, I.P.	x	<b>DP</b>
<b>Acidente de trabalho</b> - A atribuição do subsídio é sempre provisória e supletiva, verifica-se apenas nos casos em que existe contencioso entre o beneficiário e as seguradoras.	x	<b>AT</b>
<b>Gravidez de risco clínico</b> - O subsídio é devido antes do parto, para prevenir o risco para a trabalhadora ou para o nascituro, pelo período necessário a essa prevenção (com limite <b>de 300 dias</b> ).	x	<b>RC</b>
<b>Cód. Trabalho (art. 38.º)</b> - A atribuição de subsídio por interrupção de gravidez depende dos condicionalismos legais exigidos e varia <b>entre 14 e 30 dias</b> .	x	<b>IG</b>
<b>Internamento</b> – Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O subsídio de doença é devido, desde o 1.º dia do internamento. <b>Cirurgia de ambulatório</b> – Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O subsídio de doença é devido desde o dia em que é efectuada a cirurgia de ambulatório.		

## PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO



**PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO**

Inicial  Prorrogação

Data de início: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
(ano) (mês) (dia)

Data do termo: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
(ano) (mês) (dia)

Nº de dias: [ ][ ] [ ][ ]  
(dias) (confirmar o nº de dias por extenso)

**Data de início** - Indica a data em que tem início a incapacidade/impedimento (1.º dia de falta ao trabalho).

**Data do termo** - Indica a data em que se prevê terminar a incapacidade/impedimento (dia anterior ao do recomeço do trabalho).

**N.º de dias** - Expresso em algarismos e por extenso, é um elemento de segurança e deve confirmar o número resultante da contagem efectuada desde o dia de início da incapacidade/impedimento, inclusive, até ao dia do termo, inclusive.

Classificação de Doença		CIT			
		Inicial		Prorrogação	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
IG		14 dias	30 dias	Não São permitidas	
RC		1 dia	300 dias		
AF	Por internamento/Cirurgia de Ambulatório, do familiar assistido	1 dia	-		
	Restantes casos	1 dia	30 dias		
DN, DD, T, DP, AT		1 dia	12 dias	1 dia	30 dias

**Prorrogação** - Nos casos em que se verifique a prorrogação do período de incapacidade inicialmente previsto deve ter-se em atenção os dados registados no sistema informático ou os elementos constantes da cópia do CIT, apresentada pelo beneficiário, se o CIT foi emitido manualmente.

## PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO



**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 16H e das 18 às 21H.**

**AUTORIZAÇÃO**

[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**Rubrica de Médico** [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### Autorização

Nos casos de incapacidade por doença, o médico deve justificar a necessidade de ausência do beneficiário do domicílio no horário estabelecido. Caso não seja autorizado, o espaço deve ser cruzado.

### Rubrica do Médico

A rubrica do médico é necessária por razões de segurança da informação.



## AUTENTICAÇÃO

**Autenticação**

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

ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local do Arquivo / Nº do Processo

Data

(ano) (mês) (dia)

ASSINATURA DO MÉDICO

ETIQUETA DO MÉDICO

Etiqueta do Estabelecimento de Saúde

- Local de Arquivo / N.º de Processo
- Data de certificação (CIT)
- Assinatura do médico

Etiqueta do Médico

## 2. OUTRAS INFORMAÇÕES ÚTEIS

### 2.1. EMISSÃO DO CIT

Nos casos de recurso a serviços de urgência o utente deve ser encaminhado e referenciado com a informação clínica necessária à emissão do CIT, para:

- **Médico de Família**
  - Se o beneficiário **não necessitar** de cuidados hospitalares subsequentes e se for este o médico responsável pela continuidade dos cuidados de saúde.
  - Se o beneficiário **necessitar** de cuidados hospitalares, mas não imediatos, isto é, fora do espaço de tempo oportuno para a emissão do CIT, evitando o recurso ao Hospital, apenas para obter este certificado.
- **Médico do serviço de internamento hospitalar**
  - Se o beneficiário necessitar de cuidados hospitalares em internamento ou em cirurgia de ambulatório.
  - Quando o beneficiário for internado na sequência de um período de incapacidade, só é necessária a emissão de um novo CIT, por internamento, se este:
    - se mantiver para além da data do termo da incapacidade por doença constante do anterior CIT
    - ocorrer durante o período de espera, na situação de doença natural do beneficiário (3 dias no caso de trabalhador por conta de outrem e de 30 dias se for trabalhador independente).

## 2.2. PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO

Para maior comodidade do beneficiário é desejável que as marcações de consulta, quer no Hospital, quer no Centro de Saúde, coincidam, tanto quanto possível, com o termo dos períodos de incapacidade/impedimento certificados.

Nos casos em que as consultas hospitalares tenham períodos entre si mais alargados, a verificação da situação de incapacidade/impedimento (e emissão do CIT) será feita pelo médico de família que assegura a continuidade dos cuidados.

## 2.3. ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA

Quando, no decurso do mesmo episódio de doença, a situação se altera no que respeita à sua classificação (Natural, Direta, etc.) pode haver necessidade de passar novo CIT para um mesmo episódio de doença já coberto por certificado anterior, mesmo **antes de o período atribuído chegar ao fim**.

Para salvaguarda dos direitos do beneficiário/doente, deve ter-se em atenção as situações de alteração da classificação da doença, de acordo com a especificação constante na parte respeitante aos **Elementos Relativos ao Estado de Doença/Impedimento**.

## 2.4. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Estes serviços devem entregar ao beneficiário o exemplar autenticado do CIT, (assinado e com as vinhetas do médico e do estabelecimento de saúde) emitido pela aplicação informática, para que o mesmo o possa apresentar à entidade empregadora.

**Nas situações excecionais, previstas na portaria de aprovação do modelo de CIT**, em que se verifica a absoluta necessidade de recorrer à utilização do CIT em papel devem ser seguidos os seguintes procedimentos:

- Entregar ao beneficiário o original do CIT, após o seu correto preenchimento, devidamente assinado e autenticado com as vinhetas do médico e do estabelecimento de saúde. O beneficiário deve remetê-lo ao serviço de Segurança Social no prazo de 5 dias a contar da data em que é emitido
- Fazer uma cópia autenticada desse exemplar apondo a etiqueta do estabelecimento de saúde e entregá-lo ao beneficiário para o apresentar à entidade empregadora.

