

Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho

Novo CTT

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico _____ emitida pelo Sistema de Informação de Saúde Pública (SISP) _____
N.º _____
cuja identidade confirmo, tendo verificado que o médico em questão é titular de uma habilitação profissional que lhe confere a competência para a emissão deste certificado.

Identificação do Beneficiário (*)

N.º de Identificação de Seg. Social _____ Data de Nascimento _____
Nome _____
(*) Se for avulso/emprego de família declarar: N.º de Identificação de Seg. Social do requerente responsável de prestar assistência _____

Identificação do Familiar Doente

N.º de Identificação de Seg. Social _____ Data de Nascimento _____
Nome _____
Parentesco com o beneficiário: Filho / Equiparado _____
Neto / Equiparado _____ Tabela _____
Outro _____ Estado _____

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO

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

PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO

Inicial _____ Final _____
Data de início _____
Data de termo _____
N.º de dias _____ (preencher o nº de dias de trabalho)

PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO
(Em caso de incapacidade por doença de trabalho)

O doente só pode permanecer no domicílio por 15 dias consecutivos.
Em casos devidamente fundamentados, o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 13h 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 _____

2013

ESTRELA DO MÉDICO _____

ESTRELA DO BENEFICIÁRIO _____

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER DEVOLVIDO AO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA A CONTINUAÇÃO 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. O CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO - CIT

1.1. O CIT

É um formulário de modelo próprio - Mod.141.10, utilizado para a certificação das seguintes situações, relativamente aos beneficiários da segurança social:

- **Doença do beneficiário**, que o impossibilite de exercer a sua atividade profissional
- **Doença de familiar do beneficiário**, que exija cuidados imprescindíveis e inadiáveis, por parte deste
- **Risco clínico, durante a gravidez**
- **Interrupção da gravidez.**

Este modelo foi aprovado pela Portaria conjunta dos Ministros da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social n.º 220/2013, de 4 de julho.



GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico: _____ portador da Cédula Profissional Nº _____ 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 Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social: _____ Data de Nascimento: _____ (ano) (mês) (dia)

Nome: _____

(1) Se for avó/avô/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: _____ (ano) (mês) (dia)

Nome: _____

Parentesco com o beneficiário: Filho / Equiparado Tutelado Estabelecido
 Neto / Equiparado Outro _____

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO <small>(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)</small>
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	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.
Doença direta <input type="checkbox"/> DD	Data de início: _____ (ano) (mês) (dia)	
D.L. n.º 28/2004 (Art.º 16.º nº 3) <input type="checkbox"/> T	Data do termo: _____ (ano) (mês) (dia)	AUTORIZAÇÃO _____ _____ _____ Bateria de Médico: _____
Assistência a familiares <input type="checkbox"/> AF	N.º de dias: _____ (dias) (continuar o nº de dias por extenso)	
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
Gravidez de risco clínico (*) <input type="checkbox"/> RG		
Cod. Trabalho (Art.º 38.º) (*) <input type="checkbox"/> RG		
Internamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cirurgia de ambulatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Autenticação

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

ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Local de Arquivo / Nº do Processo: _____ Data: _____ (ano) (mês) (dia)	ETIQUETA DO MÉDICO
	ASSINATURA DO MÉDICO: _____	

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER REMETIDO PELO UTENTE À SEGURANÇA SOCIAL NO PRAZO DE 5 DIAS ÚTEIS A CONTAR DA DATA DA RESPECTIVA EMISSÃO NO CASO DE INCAPACIDADE POR DOENÇA DO BENEFICIÁRIO
Mod. 141.10

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

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

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.

