

## MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DA SAÚDE

Portaria n.º 666-A/2007

de 1 de Junho

O Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio, alterou o procedimento relativo à justificação da doença e respectivos meios de prova, constantes dos artigos 30.º e 31.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, consagrando a obrigatoriedade de comprovação da doença mediante declaração, de modelo a aprovar por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da Administração Pública, passada por estabelecimento hospitalar, centro de saúde ou instituições destinadas à prevenção ou reabilitação de toxicodependência ou alcoolismo, integrados no Serviço Nacional de Saúde, por médico privativo dos serviços que dele disponham, por médico de outros estabelecimentos públicos de saúde e por médicos que tenham acordos com qualquer dos subsistemas de saúde da Administração Pública.

Assim:

Ao abrigo do n.º 2 do artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, na redacção dada pelo artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio, manda o Governo, pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, o seguinte:

### Artigo 1.º

1.º É aprovado em anexo à presente portaria, dela fazendo parte integrante, o modelo de declaração comprovativa da doença a que se refere o n.º 2 do artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, na redacção dada pelo artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio.

2.º O reconhecimento e a duração da incapacidade temporária são fundamentados em exame clínico do funcionário ou agente, sendo os respectivos elementos de informação anotados e arquivados no respectivo processo clínico.

3.º O modelo referido no n.º 1.º encontra-se disponível nos sítios das Direcções-Gerais da Administração e do Emprego Público e de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

### Artigo 2.º

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Em 9 de Maio de 2007.

O Ministro de Estado e das Finanças, *Fernando Teixeira dos Santos*. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

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

Ministério da Saúde

<b>Identificação e Declaração do Médico</b> Nome do Médico: _____ Portador da Cédula Profissional: _____ N.º: [ ][ ][ ][ ][ ] emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou o doente, cuja identidade confirma, tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença: <input type="checkbox"/> Incapacitante para a sua actividade profissional <input type="checkbox"/> Exigindo cuidados inadiáveis		Médico convenccionado: <input type="checkbox"/> ADSE <input type="checkbox"/> ADM <input type="checkbox"/> SSMU <input type="checkbox"/> SADPSP <input type="checkbox"/> SADONR
<b>Identificação do Funcionário/Agente e do Familiar Doente</b> Funcionário/Agente: _____ Data de Nascimento: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Familiar Doente: _____ Parentesco: _____ N.º B.I. do Doente: _____ N.º de Beneficiário do subsistema público de saúde: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		Funcionário/Agente: <input type="checkbox"/> ADSE <input type="checkbox"/> ADM <input type="checkbox"/> SSMU <input type="checkbox"/> SADPSP <input type="checkbox"/> SADONR
<b>Elementos Relativos à Situação de Doença</b>		
<b>Classificação da Situação</b> <input type="checkbox"/> Doença Natural <input type="checkbox"/> Doença Prolongada (Art.º 48.º do DL n.º 100/99, de 31/03) <input type="checkbox"/> Doença Directa <input type="checkbox"/> Assistência a Familiares <input type="checkbox"/> Assistência a Filhos Menores de 10 Anos	<b>Período de Incapacidade</b> Início: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Termo: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] N.º de Dias: [ ][ ] Internamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Ausência do Domicílio</b> A doença implica a permanência no domicílio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Rubrica do Médico: _____
<b>Autenticação</b> A informação clínica que fundamenta a presente declaração está anotada e guardada no processo clínico		
ETIQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Local do Arquivo/ N.º do Processo: _____ Data: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ASSINATURA DO MÉDICO: _____	ETIQUETA DO MÉDICO

Este 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.

I SÉRIE



Depósito legal n.º 8814/85 ISSN 0870-9963

Preço deste número (IVA incluído 5%)

€ 0,14



Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://dre.pt>  
 Correio electrónico: [dre@incm.pt](mailto:dre@incm.pt) • Linha azul: 808 200 110 • Fax: 21 394 5750

Toda a correspondência sobre assinaturas deverá ser dirigida para a Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A., Departamento Comercial, Sector de Publicações Oficiais, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5, 1099-002 Lisboa