

Comprovativo de Declaração de Situação de Desemprego

Confirma-se que procedeu à Declaração de Situação de Desemprego.

1. Elementos do Empregador**NOME**

RANDSTAD II - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, LDA

NISS:

20007484149

2. Elementos do Trabalhador**2.1. Identificação****NOME**

ABEL PEREIRA RIBEIRO

NISS:

11161620922

2.2. Elementos relativos à situação profissional**Data de cessação do contrato de trabalho:**

31-12-2017

2.3. Motivos de cessação de contratos de trabalho**Motivo:**

17 - Cessação por caducidade de contrato trabalho a termo

Fundamentação do motivo assinalado:

-

3. Certificação**Número da Declaração:**

5425196

Data:

09-01-2018 0:00:00

As falsas declarações estão sujeitas às sanções previstas na lei.



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

Nome do Médico **JOAO SILVA**

portador da Cédula Profissional

Nº **58892** emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou a pessoa abaixo indicada,

cujas identidades confirmou, tendo verificado que a mesma se encontra em estado de:

☒ doença ☒ incapacitante para a sua atividade profissional
exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)

Identificação do Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social **11161620922**

Data de Nascimento **1956-06-09**

Nome **ABEL PEREIRA RIBEIRO**

(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

Erteado

Neto / Equiparado

Outro

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO

Doença natural ☒ DN

Doença direta ☐ DD

D.L. nº28/2004 (Artº16.º nº3) ☐ T

Assistência a familiares ☐ AF

Doença profissional ☐ DP

Acidente de trabalho ☐ AT

Gravidez de risco clínico (*) ☐ RC

Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) ☐ IG

Internamento ☐ Sim ☒ Não X

Cirurgia de Ambulatório ☐ Sim ☒ Não X

PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO

Inicial ☒ Prorrogação

Data de início **2020-06-18**

Data do termo **2020-07-17**

Nº de dias **30**
(dias)

PERMANÊNCIA NO DOMÍLIO

(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 de casa

Rubrica
do Médico

Autenticação

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

Instituição de Saúde
ULS GUARDA - CS GUARDA - UCSP

Local de arquivo/
Nº de processo

Data **2020-06-18**

Assinatura do Médico

Médico

JOAO SILVA



U090761



M58892

CONSERVE ESTA CÓPIA PARA SER APRESENTADA AO MÉDICO NA PRÓXIMA CONSULTA