

QUADRO N.º 2

2.º semestre

Unidades curriculares	A	B	Horas semanais			Coef.	ECTS
			TP	P	Totais		
Manutenção	M421	E	2	2	4	4	5
Segurança Marítima III	M422	E	4		4	4	4
Máquinas de Combustão Interna II	M423	E	2	2	4	4	5
Refrigeração e Climatização	M424	E	2	2	4	4	4
Instalações Eléctricas	M425	E	2	2	4	4	4
Direito Marítimo	M426	P	4		4	4	4
Uma das seguintes unidades curriculares:							
Opção A — Navios-Tanque II (A2)	M427	E	3		3	3	4
Opção B — Economia e Gestão II (B2)	M428	P	3		3	3	4
Opção C — Sistemas de Comunicação de Dados (C2)	M429	E	3		3	3	4

Notas

A — código para uso interno na Escola.

B — tipo de unidade curricular: Ciências de Base (B); Ciências de Engenharia (C); Especialidade (E), e unidades curriculares complementares (P).

TP — aulas teórico-práticas.

P — aulas práticas.

Coef. — coeficientes de ponderação a que se refere o n.º 3 do n.º 7.º

ECTS — créditos segundo o European Credit Transfer System (sistema europeu de transferência de créditos).

MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO

Portaria n.º 337/2004

de 31 de Março

O regime jurídico de protecção social na eventualidade doença, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, introduziu medidas e consagrou mecanismos de protecção assentes numa cultura de co-responsabilização e que visam contribuir para uma protecção social mais eficaz e equitativa. Por essa razão, procedeu-se também à adequação de regras e de procedimentos já instituídos e inseridos em legislação avulsa, concretizando uma revisão global do regime jurídico de protecção social na eventualidade doença, consentâneo com a realidade social e no quadro dos princípios definidos pela Lei n.º 32/2002, de 17 de Dezembro.

A articulação entre as entidades competentes na área da saúde e na área da segurança social é essencial para a eficácia e para a adequação do regime instituído, constituindo a transferência electrónica de dados referentes à certificação um instrumento decisivo na prossecução daquele objectivo e que importa, pois, concretizar com celeridade. Os mesmos propósitos de eficácia e de adequação impõem que, neste momento, pela presente portaria sejam reguladas as formas e os termos de articulação entre aquelas entidades, assim como também sejam definidos as regras e os procedimentos que devem ser adoptados para a cabal execução do regime instituído, enquanto não se encontra concluído o processo de transferência electrónica de dados respeitantes à certificação.

Assim:

Ao abrigo do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, manda o Governo, pelos Ministros

da Saúde e da Segurança Social e do Trabalho, o seguinte:

1.º

Objecto

A presente portaria visa regular os procedimentos necessários à aplicação do regime jurídico de protecção social na eventualidade doença no âmbito do subsistema previdencial, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

2.º

Meios de certificação

1 — O reconhecimento e a duração da incapacidade temporária são fundamentados em exame clínico do beneficiário, sendo os respectivos elementos de informação anotados e arquivados no respectivo processo clínico.

2 — A certificação da incapacidade temporária é efectuada através de atestado médico, em impresso de modelo próprio, designado por certificado de incapacidade temporária para o trabalho por estado de doença (CIT), o qual é identificado pela aposição das vinhetas do médico e do estabelecimento de saúde.

3 — O modelo de impresso referido no número anterior é aprovado pela presente portaria e publicado em anexo que dela faz parte integrante.

3.º

Períodos de certificação da incapacidade temporária

1 — A certificação da incapacidade temporária está subordinada a limites temporais de 12 e de 30 dias, consoante se trate de período inicial ou de prorrogação, salvo o disposto em legislação especial.

2 — Os períodos de incapacidade temporária que se encontrem certificados não são interrompidos ainda que, durante esses períodos, não seja reconhecido o direito ao subsídio de doença.

4.º

Articulação entre as entidades competentes da área da saúde e da área da segurança social

As entidades competentes da área da saúde e da área da segurança social devem articular as respectivas intervenções sempre que seja necessário, nomeadamente nas seguintes situações:

- a) Se se verificar alguma irregularidade formal do CIT;
- b) Se o médico constatar que a evolução clínica do beneficiário determina a não subsistência da incapacidade temporária antes do termo do período fixado no certificado, para efeitos de aplicação da alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

5.º

Familiares a cargo

1 — Para efeitos do disposto n.º 3 do artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, consideram-se familiares a cargo o cônjuge que não exerça actividade profissional e os descendentes que se encontrem nas condições previstas nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 17.º do mesmo diploma legal.

2 — A composição do agregado familiar é verificada nos termos do n.º 6.º da presente portaria.

6.º

Majoração do subsídio de doença

1 — A entidade competente da segurança social verifica, oficiosamente, os factos constitutivos do direito à majoração prevista no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, designadamente:

- a) O valor limite da remuneração de referência;
- b) A composição do agregado familiar, sempre que estejam a efectuar o pagamento ao beneficiário de abono de família ou de bonificação por deficiência.

2 — Nas situações previstas no número anterior não há lugar à apresentação do requerimento a que se refere o artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

3 — Nas situações em que a composição do agregado familiar não possa ser verificada nos termos da alínea b) do n.º 1, a entidade competente da segurança social notifica o beneficiário para remeter uma declaração relativa à composição do respectivo agregado familiar, acompanhada de documento comprovativo, no prazo de 10 dias úteis a contar da recepção da notificação.

4 — Nos casos de incumprimento do prazo previsto no número anterior a majoração é devida a partir do

dia seguinte ao da apresentação dos documentos, salvo justificação atendível.

5 — O valor limite da remuneração de referência de € 500 a que se refere o artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, corresponde ao valor da remuneração de referência diária do beneficiário multiplicada por 30 dias.

7.º

Dever de comunicação

As situações susceptíveis de determinarem a perda do direito à majoração são equiparadas às situações previstas na alínea g) do n.º 2 do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

8.º

Atribuição da prestação compensatória

A passagem do beneficiário à situação de pensionista, incluindo nos casos em que se verifique a atribuição de pensão provisória, não prejudica o reconhecimento do direito previsto no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, em função dos direitos adquiridos na vigência do respectivo contrato de trabalho.

9.º

Norma transitória

Sem prejuízo do disposto no n.º 3 do n.º 2.º da presente portaria, o modelo de certificado de incapacidade temporária aprovado pelo despacho conjunto n.º 381/99, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 103, de 4 de Maio de 1999, mantém-se em vigor durante o prazo de 18 dias a contar da publicação do presente diploma.

10.º

Norma revogatória

São revogados o despacho n.º 94/SESS/90, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 279, de 4 de Dezembro de 1990, o despacho n.º 46/SESS/91, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113, de 17 de Maio de 1991, o despacho n.º 1961/98, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 27, de 2 de Fevereiro de 1998, o despacho conjunto n.º 381/99, e o despacho n.º 8834/99, ambos publicados no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 103, de 4 de Maio de 1999.

11.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia 1 de Abril de 2004.

Em 11 de Março de 2004.

O Ministro da Saúde, *Luís Filipe Pereira*. — O Ministro da Segurança Social e do Trabalho, *António José de Castro Bagão Félix*.

AUTORIZADO PELOS CTT
NO SERVIÇO NACIONAL



Exmo.º Senhor
Director do Centro Distrital de
Solidariedade e Segurança Social de

A morada actualizada
é indispensável para o pagamento das prestações.

ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO

Mudou de morada nos últimos 12 meses? Sim Não



CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO
POR ESTADO DE DOENÇA

Identificação e Declaração do Médico

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 confirmou,
tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença incapacitante para a sua actividade profissional
exigindo cuidados inadiáveis

Identificação do Beneficiário e do Familiar Doente

N.º Identificação de Seg. Social: _____ Data de Nascimento: _____ (dia) (mês) (ano)
Nome do Beneficiário: _____
Nome do Familiar Doente: _____
Parentesco: _____ N.º de B. L. do Doente: _____

Elementos Relativos ao Estado de Incapacidade

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE	PERMANÊNCIA NO DOMÍLIO
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prolongação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença directa <input type="checkbox"/> DD		Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15h e das 18 às 21h.
D.L. n.º 282304 (Art.º 10.º n.º 3) <input type="checkbox"/> T	Data de início: _____	AUTORIZAÇÃO
Ausência a familiares <input type="checkbox"/> AF	Data de termo: _____ (dia) (mês) (ano)	
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
INTERAMBITO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	N.º de dias: _____ (dias) (confirmar a n.º de dias por extenso)	Rubrica do Médico

Autenticação

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

Local de Assinatura / N.º de Processo: _____
Data: _____ (dia) (mês) (ano)
ASSINATURA DO MÉDICO

DESTACAR PELO PICOTADO CONSERVE ESTA CÓPIA PARA SER APRESENTADA AO MÉDICO NA PRÓXIMA CONSULTA



CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO
POR ESTADO DE DOENÇA

Identificação e Declaração do Médico

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 confirmou,
tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença incapacitante para a sua actividade profissional
exigindo cuidados inadiáveis

Identificação do Beneficiário e do Familiar Doente

N.º Identificação de Seg. Social: _____ Data de Nascimento: _____ (dia) (mês) (ano)
Nome do Beneficiário: _____
Nome do Familiar Doente: _____
Parentesco: _____ N.º de B. L. do Doente: _____

Elementos Relativos ao Estado de Incapacidade

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE	PERMANÊNCIA NO DOMÍLIO
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prolongação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença directa <input type="checkbox"/> DD		Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15h e das 18 às 21h.
D.L. n.º 282304 (Art.º 10.º n.º 3) <input type="checkbox"/> T	Data de início: _____	AUTORIZAÇÃO
Ausência a familiares <input type="checkbox"/> AF	Data de termo: _____ (dia) (mês) (ano)	
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
INTERAMBITO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	N.º de dias: _____ (dias) (confirmar a n.º de dias por extenso)	Rubrica do Médico

Autenticação

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

Local de Assinatura / N.º de Processo: _____
Data: _____ (dia) (mês) (ano)
ASSINATURA DO MÉDICO

ESTE EXEMPLAR DESTINA-SE A SER REMETIDO PELO UTILIZANTE À SEGURANÇA SOCIAL



CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO
POR ESTADO DE DOENÇA

Identificação e Declaração do Médico

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 confirmou,
tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença incapacitante para a sua actividade profissional
exigindo cuidados inadiáveis

Identificação do Beneficiário e do Familiar Doente

N.º Identificação de Seg. Social: _____ Data de Nascimento: _____ (dia) (mês) (ano)
Nome do Beneficiário: _____
Nome do Familiar Doente: _____
Parentesco: _____ N.º de B. L. do Doente: _____

Elementos Relativos ao Estado de Incapacidade

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE	PERMANÊNCIA NO DOMÍLIO
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prolongação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.
Doença directa <input type="checkbox"/> DD		Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15h e das 18 às 21h.
D.L. n.º 282304 (Art.º 10.º n.º 3) <input type="checkbox"/> T	Data de início: _____	AUTORIZAÇÃO
Ausência a familiares <input type="checkbox"/> AF	Data de termo: _____ (dia) (mês) (ano)	
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
INTERAMBITO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	N.º de dias: _____ (dias) (confirmar a n.º de dias por extenso)	Rubrica do Médico

Autenticação

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

Local de Assinatura / N.º de Processo: _____
Data: _____ (dia) (mês) (ano)
ASSINATURA DO MÉDICO

ESTA CÓPIA DESTINA-SE A SER APRESENTADA À ENTIDADE PATRONAL