IPS Instituto Politécnico de Setúbal

CERTIFICAÇÃO MÉDICA DO TEMPO DE GRAVIDEZ

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, de acordo

com o exame ecográfico realizado em ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ (ano) (mês) (dia), a grávida abaixo mencionada se encontra na ☐☐

semana de gravidez, prevendo-se que o número de nascituros seja de ☐.

Identificação da grávida

Nome

Data de Nascimento ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ (ano) (mês) (dia) N.º de Identificação de Seg. Social ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Documento de Identificação (Certidão de Nascimento, Bilhete de Identidade, outro) N.º de ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ (ano) (mês) (dia)

Certificação

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

Data ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ (ano) (mês) (dia)

ASSINATURA DO MÉDICO