澳門特別行政區政府
GOVERNO DA REGIÃO ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE MACAU

衛生局
SERVIÇOS DE SAÚDE

醫生檢查證明書
ATESTADO MÉDICO

本人，_____ 醫生，
Eu, ,médico,

衛生局認別編號 _____，茲以本人名譽證明
identificado pelos Serviços de Saúde com o n.º ,atesto por minha honra que

(1)_____,

持有(2) ☐ 澳門居民身份證 ☐ 其他身份證明文件_____證件編號 _____,
portador do BIRM Outro n.º

發證地點(3)_____，發證日期_____ /_____ /_____ ，開始患病的
emitido em , em , se encontra doente

日期為_____ / _____ / _____，於_____時，預計可於
desde , pelas horas, prevendo que possa estar totalmente recuperado dentro

_____日內完全康復，本證明書證明其缺勤至_____ / _____ / _____ 止。
de dias, justificando o presente atestado as faltas até ao dia .

並聲明患病者：
Mais declaro que o doente:

☐ 須留在家中休息；
Necessita de permanecer no domicílio;

☐ 須留院治療；
Necessita de internamento hospitalar;

☐ 須由(4)_____陪同；
Carece de acompanhamento de ;

☐ 不能上班，但無須留在家中；（根據《澳門公共行政工作人員通則》第 102 條第 2 款規定，工作人員應填寫本表格背頁的聲明書。）
Está incapacitado de comparecer ao serviço, não necessitando de permanecer no domicílio; (De acordo com o n.º 2 do art. 102.º do Estatuto dos Trabalhadores da Administração Pública de Macau (ETAPM), o trabalhador deve preencher a declaração constante no verso deste impresso.)

☐ 須接受門診治療(5)_____;
Necessita de tratamento ambulatório;

☐ 留院治療後需要_____日康復。
Necessita de dias para convalescer depois do internamento hospitalar.

醫生
O Médico,

_____
(簽名 Assinatura)
/ /
日dia 月mês 年ano

填表指引 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

(1) 患病者姓名。 Nome do doente.
(2) 證件類別：Tipo de documento:
— BIRM (澳門特別行政區居民身份證。 Bilhete de Identidade de Residente da Região Administrativa Especial de Macau.)
— 其他(必須指出類別)。 Outro (Deve indicar o tipo).
(3) 身份證明文件的簽發地點。 Local de emissão do documento de identificação.
(4) 親屬關係、其姓名、身份證明文件類別及編號。 Grau de parentesco, nome, tipo e n.º do documento de identificação do familiar.
(5) 治療週期及時間。 Periodicidade e horário de tratamento.

醫生身份認別及認證
Zona de identificação e autenticação do médico

格式五，第 217/2025號行政長官批示附件五
Modelo n.º 5, anexo V ao Despacho do Chefe do Executivo n.º 217/2025

聲 明 書
DECLARAÇÃO

（根據《澳門公共行政工作人員通則》第102 條第2 款的規定）
(ao abrigo do n.º 2 do artigo 102.º do ETAPM)

為了核實病況，現聲明於_____日
Para efeitos de verificação de doença, declaro que no(s) dia(s)

_____時_____分至_____時_____分，可在以下
das h m às h m, encontro-me/

地點找到本人/患病親屬：_____
o meu familiar doente encontra-se no local:

_____。
.

工作人員
O trabalhador,

_____
(簽名 Assinatura)

/ /

日dia 月mês 年ano