

ANEXO II
Boletim de Acompanhamento Médico

Trabalhador

Nome _____

Sexo M/F Data de Nascimento Bilhete de Identidade

Beneficiário nº

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

Telefone

Categoria _____ Funções _____

Órgão ou Serviço

Designação _____

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

Telefone Fax

Atendimento médico

Estabelecimento de Saúde _____

Data Horas Minutos

Circunstâncias da ocorrência:

Sintomatologia e lesões diagnosticadas:

Deve ser seguido em: Internamento Consulta externa Centro de saúde O Médico

Incapacidade Temporária: Absoluta Parcial

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

Céd. Prof.

Internamento

Hospital _____ Serviço _____

Início do internamento Fim do Internamento

Deve ser seguido em : Consulta externa Centro de saúde

Incapacidade: Temporária parcial Temporária absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

O Médico _____

Céd. Prof.

Consulta Externa

Hospital _____ Serviço _____

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	O Médico
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

Médico de Família / Médico Assistente

Centro de Saúde _____

Médico do sector privado _____

O Médico Céd. prof.

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	O Médico
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

Junta Médica

A.D.S.E. Volta em

A.D.S.E. Volta em

Incapacidade: Temporária parcial

Temporária absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

O Presidente da Junta Médica _____

Alta

Data:

Incapacidade: Sem incapacidade

Permanente parcial de:%

Permanente absoluta

O Médico ou o Presidente da Junta Médica _____