

Trabalhador

Nome _____

Sexo M/F ☐ **Data de Nascimento** **Bilhete de Identidade**

[illegible]

Morada: _____

Código Postal Localidade

Telephone

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Categoria	Funções
-----------	---------

Órgão ou Serviço

Designação **Município de Albergaria-a-Velha – Agrupamento de Escolas da Branca**

Morada: **Rua do Barro Branco nº2**

Código Postal **3850-837**Localidade **Albergaria-a-Velha**

Telefono **234 540 070**

Fax **234 540 071**

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 actividade habitual

Céd. Prof.

--	--	--	--	--

Internamento

Hospital _____	Serviço _____		
Início do internamento	Fim do Internamento		
Deve ser seguido em	Consulta externa ☐	Centro de saúde ☐	O Médico _____ Céd. Prof.
Incapacidade:	Temporária parcial ☐	Temporária absoluta ☐	
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual _____ _____			

Consulta Externa

Hospital _____	Serviço _____		
Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	O Médico
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual _____ _____			

Médico de Família / Médico Assistente

Centro de Saúde ☐	O Médico		
Médico do sector privado ☐	Céd. Prof.		
Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária	
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
		parcial ☐ absoluta ☐	_____
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade 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 actividade habitual

O Presidente da Junta Médica

Alta

Data:
Incapacidade: ☐ Sem incapacidade
☐ Permanente parcial de:%
☐ Permanente absoluta

O Médico ou o Presidente da Junta Médica
