

Trabalhador

Nome	Indirizzo	Telefono	Professione	Stato
...	...	...	...	...

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 de Albergaria-a-Velha**

Morada: R. Américo Martins Pereira 5

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

Telephone **234 529 680** 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 actividade 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 actividade habitual																					
															O Médico						
															Céd. Prof.						

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

