

### BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

(Cfr. Anexo II ao DL 503/99, de 20 de Novembro)

Proc. Nº

#### Trabalhador

Nome:

Sexo M/F  Data de Nascimento     Bilhete de Identidade

Beneficiário nº  A.D.S.E.

Morada:

Código Postal  Localidade

Telefone

Categoria:

Funções:

#### Serviço ou Organismo

Designação Agrupamento de Escolas de Montelongo - Fafe

Morada: Parque da Cidade – Apartado 324

Código Postal  Localidade Fafe

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 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.

Hosp. \_\_\_\_\_ **Consulta Externa** \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_

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

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	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A.D.S.E. **Junta Médica**  Volta em

A.D.S.E.  Volta em

Incapacidade: Temporária parcial

Temporária absoluta

Data: **Alta**

Incapacidade  Sem incapacidade

Permanente parcial de: .....%

Permanente absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O Presidente da Junta Médica
O Médico ou o Presidente da Junta Médica

(Selo Branco ou Carimbo)
(Selo Branco ou Carimbo)