REPÚBLICA PORTUGUESA
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E INOVAÇÃO

AE.MONTELONGO

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

(Cfr. Anexo I 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**

Código Postal 4824-389 Localidade **Fafe**

Telefone 253490220 Fax 253494360

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 ☐

Incapacidade Temporária: Absoluta ☐ Parcial ☐

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

_____

_____

O Médico

_____

Céd. Prof.

☐☐☐☐☐

Internamento

Hospital _____ Serviço _____

Inicio 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 setor 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 ☐

Alta

Data: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Incapacidade ☐ Sem incapacidade

☐ Permanente parcial de: .....%

☐ Permanente absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

_____

_____

O Presidente da Junta Médica

_____

(Selo Branco ou Carimbo)

O Médico ou o Presidente da Junta Médica

_____

(Selo Branco ou Carimbo)