



**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
<input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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  \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

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