

## Boletim de Acompanhamento Médico

## Trabalhador

Nome \_\_\_\_\_

Sexo M/F    Data de Nascimento    Bilhete de Identidade

**Beneficiário nº**

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal  Localidade

Telephone 

Categoria \_\_\_\_\_ Funções \_\_\_\_\_

## Serviço ou Organismo

Designação \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal    Localidade

Telephone 

--	--	--

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

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fim do Internamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Deve ser seguido em :    Consulta externa <input type="checkbox"/>	Centro de saúde <input type="checkbox"/>
Incapacidade:            Temporária parcial <input type="checkbox"/>	Temporária absoluta <input type="checkbox"/>
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>O Médico</p> <p>_____</p> <p>Céd. Prof.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> </div>	

### 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 <input type="checkbox"/>	_____	O Médico
Médico do sector privado <input type="checkbox"/>	_____	Céd. prof. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária
<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. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Volta em <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A.D.S.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Volta em <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Incapacidade: Temporária parcial <input type="checkbox"/>	
Temporária absoluta <input type="checkbox"/>	

### Alta

Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Incapacidade: <input type="checkbox"/> Sem incapacidade
<input type="checkbox"/> Permanente parcial de: .....%
<input type="checkbox"/> 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_