



SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL

DADOS DE SAÚDE (NO ÂMBITO DA FUNÇÃO PÚBLICA) ANEXO*

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 1. | IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR | | | | | | | |
| Nome Completo _____ | | | | | | | | |
| 2. | DADOS GERAIS DE SAÚDE | | | | | | | |
| SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO ASSISTENTE QUE LHE PRESTA OU PRESTOU ASSISTÊNCIA | | | | | | | | |
| Denominação / Nome _____ | | | | | | | | |
| Morada / Domicílio profissional _____ | | | | | | | | |
| Localidade _____ | | Código Postal <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Médico: | <input type="checkbox"/> Particular | <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro | | | | | | |
| Nome Completo (1) _____ | | | | | | | | |
| Cédula Profissional _____ | | | | | | | | |
| Telefone _____ | | E-mail _____ | | | | | | |
| ESTABELECIMENTO HOSPITALAR | | | | | | | | |
| Esteve hospitalizado em consequência de doença profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | |
| Se respondeu sim, indique: <input type="checkbox"/> Com internamento <input type="checkbox"/> Na urgência <input type="checkbox"/> Em consulta de especialidade <input type="checkbox"/> Só tratamentos <input type="checkbox"/> Outro | | | | | | | | |
| Nome do hospital _____ | | Período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ | | | | | | |
| Nome do hospital _____ | | Período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ | | | | | | |

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

____ / ____ / ____

(Assinatura do trabalhador ou de outrem a seu rogo)

* Este anexo deve acompanhar o Requerimento de Exame Médico para Diagnóstico e Caracterização de Doença Profissional no âmbito da Função Pública.

(1) Preencher só no caso de ainda não ter indicado o nome.

3.1 Parecer do médico assistente

___ / ___ / ___

Vinheta do médico

(Nome legível do médico)

(Assinatura do médico)

ESTE PARECER PODE SER ACOMPANHADO DOS ELEMENTOS QUE O MÉDICO JULGUE ÚTEIS AO PROCESSO

3.2 Parecer do médico do Organismo, caso haja (facultativo)

___ / ___ / ___

Vinheta do médico

(Nome legível do médico)

(Assinatura do médico)

ESTE PARECER PODE SER ACOMPANHADO DOS ELEMENTOS QUE O MÉDICO JULGUE ÚTEIS AO PROCESSO

As falsas declarações serão punidas nos termos da lei

**OS DADOS RECOLHIDOS SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NOS FICHEIROS DO CNPRP
OS INTERESSADOS PODERÃO ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHES DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO**