

ANEXO II
Boletim de Acompanhamento Médico

Trabalhador

Nome _____

Sexo M/F Data de Nascimento Bilhete de Identidade

Beneficiário nº

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

Telefone

Categoria _____ Funções _____

Órgão ou Serviço

Designação _____

Morada: _____

Código Postal Localidade _____

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	<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"/>
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			
_____			O Médico Céd. Prof. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>
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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	parcial <input type="checkbox"/> absoluta <input type="checkbox"/>	_____
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual			

Junta Médica

Alta

A.D.S.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Volta em <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data: <input type="text"/> <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"/> Volta em <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Incapacidade: <input type="checkbox"/> Sem incapacidade
Incapacidade: Temporária parcial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Permanente parcial de:%
Temporária absoluta <input type="checkbox"/>	<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
