

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO
(Artº 12º do Decreto-Lei nº 503/99, de 20/11)

Trabalhador	
Nome _____	
Data de Nascimento	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> B. de Identidade <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Sexo M/F <input type="checkbox"/>	Beneficiário nº <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> da ADSE
Morada _____	
Código Postal	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Localidade _____
Telefone	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Categoria _____	Funções _____
Serviço ou Organismo	
Designação: Serviços Municipalizados de Água e Saneamento de Sintra	
Contribuinte nº 680 000 054	
Morada: Av. do Movimento das Forças Armadas, nº 16	
Código Postal: 2714 – 503	Localidade: SINTRA
Telefone: 21 911 90 00	Fax: 21 923 26 50
Atendimento médico	
Estabelecimento de Saúde _____	
Data	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Horas <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Minutos
Circunstâncias da ocorrência _____ _____ _____ _____	
Sintomatologia e lesões diagnosticadas _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Deve ser seguido em: Internamento <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Centro de saúde <input type="checkbox"/> O Médico	
Incapacidade Temporária: <input type="checkbox"/> Absoluta <input type="checkbox"/> Parcial	
Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual: _____	
Céd. Prof. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

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 alterações ou ajustes no posto de trabalho, caso necessário:

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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 AssistenteCentro 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 MédicaADSE Volta em ADSE Volta em Incapacidade: Temporária parcial Temporária absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual:

O Presidente da Junta Médica

AltaData

Incapacidade:

 Sem incapacidade Permanente parcial de _____% Permanente absoluta

O Médico ou o Presidente da Junta Médica
