

**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  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

\_\_\_\_\_