

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	
<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