

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"/>	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 _____

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"/>	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**

<p>A.D.S.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Volta em <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>A.D.S.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Volta em <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Incapacidade: Temporária parcial <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Temporária absoluta <input type="checkbox"/></p>	<p>Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Incapacidade: <input type="checkbox"/> Sem incapacidade</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Permanente parcial de:%</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Permanente absoluta</p>
--	---

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

O Presidente da Junta Médica

O Médico ou o Presidente da Junta Médica
