

Participação e qualificação do acidente em serviço (*)

ANEXO I

MINISTÉRIO _____

QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS

Face aos elementos constantes da participação e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde e _____

Qualifico como acidente em serviço ocorrido em ____/____/____ e autorizo as despesas dele resultantes.

_____, ____/____/____

A entidade empregadora,

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO

Designação FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Morada AVENIDA PROF. EGAS MONIZ - EDIFÍCIO HOSPITAL SANTA MARIA

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções FACULDADE DE MEDICINA

DE LISBOA Tel. 21 798 51 02 Fax 21 798 51 10

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Data Nasc. ____/____/____ N° Cont. _____ Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal _____ Localidade _____ Tel. _____

Funcionário ☐ Agente ☐, com a categoria de _____ Contratado a termo ☐ _____

(*) Deve ser utilizado para participação do incidente e do acontecimento perigoso

[illegible]

Data ____/____/____

ANEXO II

Nome _____

Sexo M/F ☐**Data de Nascimento**

--	--

--	--

--	--	--	--

Bilhete de Identidade

--	--	--	--	--	--	--	--

Beneficiário nº

Morada:

Código Postal

--	--	--	--	--	--	--

Localidade

Telephone

Categoria	Funções
-----------	---------

Serviço ou Organismo

Designação

Morada:

Código Postal

--	--	--	--	--	--

 Localidade

--

Telephone

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

 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

Ced. Prof.

--	--	--	--	--

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 ao posto de trabalho, caso necessárias

O Médico

Ced. Prof.

Consulta Externa

Hospital _____ Serviço _____

Data da consulta

Nova consulta

Incapacidade temporária

O Médico

parcial absoluta

parcial absoluta

parcial absoluta

parcial absoluta

parcial absoluta

parcial absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

Médico de Família / Médico Assistente

Centro de Saúde ☐ _____ O Médico

Médico do sector privado ☐ _____ Ced. Prof.

Data da consulta

Nova consulta

Incapacidade temporária

parcial absoluta

parcial absoluta

parcial absoluta

parcial absoluta

parcial absoluta

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 ☐

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

O Presidente da Junta Médica

O Médico ou o Presidente da Junta

Alta

Data

Incapacidade: ☐ Sem incapacidade

☐ Permanente parcial de:%

☐ Permanente absoluta