



**Câmara Municipal de Lisboa**  
**Direção Municipal de Recursos Humanos**  
Departamento de Saúde, Higiene e Segurança

**SHS - Boletim de acompanhamento**

**Identificação do trabalhador**

Nome completo \_\_\_\_\_

Sexo  Feminino  Masculino      Data de nascimento \_\_\_\_\_      N.º de trabalhador \_\_\_\_\_

Doc. identificação \_\_\_\_\_      N.º \_\_\_\_\_      Validade \_\_\_\_\_

Beneficiário n.º \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Localidade \_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_      Categoria \_\_\_\_\_

Funções \_\_\_\_\_

Lisboa, \_\_\_\_\_

(Assinatura do responsável pelo preenchimento)

**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

Incapacidade temporária:       Absoluta       Parcial

Na incapacidade parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

Cédula profissional n.º \_\_\_\_\_

(O Médico)

## 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 necessárias \_\_\_\_\_ Cédula profissional n.º \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(O Médico)

## Consulta externa

Hospital \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária parcial	Incapacidade temporária absoluta	O Médico
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Na incapacidade parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

## Médico de família/Médico assistente

Centro de saúde  DSHS  Médico do setor privado Cédula profissional n.º \_\_\_\_\_

Data da consulta	Nova consulta	Incapacidade temporária parcial	Incapacidade temporária absoluta	O Médico
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Na incapacidade parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

## Junta médica

ADSE \_\_\_\_\_ Volta em \_\_\_\_\_

ADSE \_\_\_\_\_ Volta em \_\_\_\_\_

Incapacidade temporária parcial

Incapacidade temporária absoluta

## Alta

Data \_\_\_\_\_

Sem incapacidade

Incapacidade permanente parcial de \_\_\_\_\_ %

Incapacidade permanente absoluta

Na incapacidade parcial indique as restrições ao exercício da atividade habitual

\_\_\_\_\_  
(O Presidente da Junta Médica)

\_\_\_\_\_  
(O Médico ou o Presidente da Junta Médica)