



SEGURANÇA SOCIAL

INFORMAÇÃO MÉDICA

AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EXAMINADA

Nome completo		
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO QUE ELABORA A INFORMAÇÃO - A PREENCHER PELO MÉDICO

Nome completo		
Titular da Cédula Profissional n.º	_____ , emitida pela Ordem dos Médicos.	
De acordo com a fundamentação constante desta informação médica, e para avaliação da necessidade de o exame médico poder ser efetuado no domicílio, a pessoa examinada:		
<input type="checkbox"/>	pode	deslocar-se para realizar o exame médico
<input type="checkbox"/>	não pode	deslocar-se para realizar o exame médico

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DA INFORMAÇÃO PRESTADA NA POSSE DA PESSOA EXAMINADA - A PREENCHER PELO MÉDICO

Discriminação dos documentos (Pareceres, exames, etc.) e respetivas datas:	Ano	Mês	Dia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(continua na pág. seguinte)

Informação médica

A PREENCHER PELO MÉDICO

Declaro, por minha honra, que _____
portador de documento de identificação civil n.º _____, válido até _____ ano | _____ mês | _____ dia sofre de:

[Descrição sumária do seu estado de saúde]

A PREENCHER PELO MÉDICO

Diagnósticos incapacitantes ou de situação de deficiência e/ou dependência:

A pessoa examinada está impossibilitada de se deslocar? Sim Não Se **Sim**, qual o motivo: _____

Existe contraindicação e/ou impedimento de deslocação em ambulância da pessoa examinada? Sim Não Se **Sim**, indique qual: _____

A pessoa examinada sofre de ferimento ou de doença abrangida pela legislação de:
Acidente de trabalho Sim Não Doenças profissionais Sim Não

_____, ____ ano | ____ mês | ____ dia _____
Assinatura do médico