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 Porfissional 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 domicíilio, a pessoa examinada:

☐ **pode** deslocar-se para realizar o exame médico

☐ **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 ____ | ____ | ____ sofre de:
ano mês dia

_____
(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