



SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL

DADOS DE SAÚDE (NO ÂMBITO DA FUNÇÃO PÚBLICA) ANEXO*

1. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome Completo _____

2. DADOS GERAIS DE SAÚDE

SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO ASSISTENTE QUE LHE PRESTA OU PRESTOU ASSISTÊNCIA

Denominação / Nome _____

Morada / Domicílio profissional _____

Localidade _____ Código Postal

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Médico: Particular Família Trabalho Outro

Nome Completo (1) _____

Cédula Profissional _____

Telefone _____ E-mail _____

ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

Esteve hospitalizado em consequência de doença profissional? Sim Não

Se respondeu sim, indique: Com internamento Na urgência Em consulta de especialidade Só tratamentos Outro

Nome do hospital _____ Período de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

Nome do hospital _____ Período de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

___ / ___ / ___

(Assinatura do trabalhador ou de outrem a seu rogo)

* Este anexo deve acompanhar o Requerimento de Exame Médico para Diagnóstico e Caracterização de Doença Profissional no âmbito da Função Pública.

(1) Preencher só no caso de ainda não ter indicado o nome.

3.

DADOS CLÍNICOS

3.1 Parecer do médico assistente

___ / ___ / ___

Vinheta do médico

(Nome legível do médico)

(Assinatura do médico)

ESTE PARECER PODE SER ACOMPANHADO DOS ELEMENTOS QUE O MÉDICO JULGUE ÚTEIS AO PROCESSO

3.2 Parecer do médico do Organismo, caso haja (facultativo)

___ / ___ / ___

Vinheta do médico

(Nome legível do médico)

(Assinatura do médico)

ESTE PARECER PODE SER ACOMPANHADO DOS ELEMENTOS QUE O MÉDICO JULGUE ÚTEIS AO PROCESSO

As falsas declarações serão punidas nos termos da lei

**OS DADOS RECOLHIDOS SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NOS FICHEIROS DO CNPRP
OS INTERESSADOS PODERÃO ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHES DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO**