

ATESTADO MÉDICO

(Este atestado deve ser preenchido por um médico, a expensas da pessoa segura se for caso disso)

Nome da Pessoa Segura: _____

Data de Nascimento: _____

Morada: _____

1. Quando foi a primeira vez que atendeu a pessoa segura em consequência da doença referida? _____

2. Continua a atendê-la? SIM NÃO

3. Em caso de **DOENÇA**, confirme, por favor:

a) Qual a doença: _____ b) Data de início dos sintomas apresentados: _____

c) Caso o diagnóstico tenha sido efectuado com auxílio de algum exame, por favor, indique qual e em que data foi efectuado: _____

d) Se o sinistro é enfarte cardíaco, como foi o diagnóstico clínico confirmado? _____

e) São os sintomas de que a pessoa segura se queixa devidos:

(i) apenas à doença

(ii) atribuíveis a qualquer outra causa? Se SIM, dê detalhes, por favor: _____

f) Que tratamento foi efectuado? _____

4. Se é o médico habitual que trata a pessoa segura, conhece algo da história do seu paciente que possa ter contribuído directa ou indirectamente para a ocorrência da doença ou possa de alguma forma retardar a sua recuperação? _____

5. Se o participante já sofreu anteriormente da presente doença, diga p.f. quando e qual o tratamento lhe foi dado: _____

6. Está ou esteve a pessoa segura confinada à sua cama, quarto ou casa em resultado da doença?

Se sim, forneça, por favor as datas, referindo se foi por indicação sua: _____

7. a) Desde que data está o participante totalmente incapacitado de executar qualquer trabalho devido à doença? De: _____ A: _____
primeiro dia de incapacidade absoluta último dia de incapacidade absoluta

b) Desde que data está o participante parcialmente incapacitado de executar algum trabalho devido à doença? De: _____ A: _____
primeiro dia de incapacidade parcial último dia de incapacidade parcial

Se o participante é um estudante, indique p.f. a) as datas em que o estudante não podia comparecer na escola de todo, e

b) comparecendo na escola, não podia participar em todas as actividades.

8. a) Se a pessoa segura esteve internada num hospital devido a esta situação, indique p.f. o nome do hospital e as datas de internamento

Baixa Hospitalar: _____ Alta Hospitalar: _____ Hospital: _____

b) Foi qualquer parte do internamento passada na Unidade de Cuidados Intensivos? Se sim, foi de: _____ a: _____

9. Se o participante já regressou ao trabalho, confirme p.f. a data em que a incapacidade total cessou: _____

Nome do médico: _____ Especialidade: _____

Morada: _____

Assinatura e Vinheta: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL / ESCOLA (CARIMBADA)

Nome do Empregado / Estudante: _____

INCAPACIDADE ABSOLUTA – Entre que datas o empregado/estudante não executou qualquer tarefa – de: _____ a: _____

INCAPACIDADE PARCIAL – Entre que datas o empregado/estudante não executou algumas tarefas – de: _____ a: _____

Data: _____ Cargo: _____ Assinatura: _____