



Questionário Incapacidade Temporária para o Trabalho

(A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE)

CONFIDENCIAL

Dados Pessoais:	
Nome Completo do Segurado:	Nº Mutualista:
Nome Completo do Médico Assistente:	
Morada do Médico Assistente:	Localidade:
C.P.: -	Provincia: Telefone(s): /
Especialidade Médica:	

Por favor, assinala as respostas corretas e, sempre que possível, dê pormenores

1. Em que data e por que motivo foi consultado pelo seu paciente em relação ao processo atual? ____ / ____ / ____
Motivo: _____
2. Por favor, descreva a sintomatologia referida pelo paciente: _____

3. Desde que data apresenta esta sintomatologia? ____ / ____ / ____
4. Indique o diagnóstico atual: _____

5. Esclarecimento sobre a etiologia do processo: _____

6. Em que data o examinou ou tratou pela última vez? ____ / ____ / ____
7. O seu paciente é obrigado a permanecer em repouso domiciliário? SIM ☐ NÃO ☐
8. Está permanentemente acamado, ou goza de repouso relativo? _____
9. A doença impede-o de se dedicar às suas atividades laborais ou profissionais de forma total ou parcial? _____
Desde que data ____ / ____ / ____
Caso seja parcial, especificar as limitações: _____

10. Prognóstico relativamente à duração da doença: _____

11. Está totalmente curado? SIM ☐ NÃO ☐
12. Em caso negativo, indique a data em que provavelmente ficará totalmente curado: ____ / ____ / ____
13. Indique a data previsível da sua reintegração laboral: ____ / ____ / ____
14. Já tinha tratado este paciente anteriormente? SIM ☐ NÃO ☐
15. De que problemas de saúde, doença, ou mesmo acidentes está a tratar ou já tratou o seu paciente? _____

16. Quando e quanto tempo? _____
17. Outros comentários: SIM ☐ (em folha à parte) NÃO ☐

Caso tenha realizado exames complementares ao paciente, solicitamos cópia dos mesmos.

Cédula Nº: _____

Assinatura do Médico Assistente

Em _____ a ____ de _____ de 20____