

FICHA DE APTIDÃO PARA O TRABALHO

(Portaria nº 11/2015, de 10 de março)

ENTIDADE EMPREGADORA/ EMPRESA

Designação Social / Nome: Antónia Marques F
 Estabelecimento: _____
 Endereço: Avenida João Duarte
 Código postal: 4750-175 Localidade: Arcozelo
 Telefone: _____ Email: mariapachoco@aegn.pt
 NIPC/NIF: _____
 CAE principal: _____

SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHO

Modalidade de Organização do Serviço de Saúde do Trabalho: Interno Externo Comum Outro
 Designação da empresa de serviço externo de saúde do trabalho [se aplicável]: SEI MEDICINA NO TRABALHO
 Processo de autorização (PA) da DGS nº: 73
 NIPC/NIF: _____

TRABALHADOR

Nome: Maria Antónia Marques Pacheco N° Mecanográfico: _____
 Sexo: F M Data de nascimento: 1 _____ Nacionalidade: PORTUGUESA
 Data de admissão na empresa: 19 _____ Categoria profissional: Professora do 2º e 3º ciclos e Sec.
 Posto de trabalho (principal): Escola Básica de Gonçalo Nunes
 Atividade/ Função: Professora do 2º e 3º ciclos e Sec. Data admissão Função: 1999-03-21
 (proposta ou atual)

POSTO DE TRABALHO

Análise do posto de trabalho: Sim Justificar em caso negativo: Não
 Identificação de fatores de risco profissional: Sim Especificar os principais fatores de risco profissional: Segundo as avaliações de Risco dos TSS. Não
 Avaliação da exposição profissional do trabalhador: Sim Especificar a avaliação efetuada: Consulta de documentação e visita ao posto de trabalho. Não

EXAME DE SAÚDE E RESULTADO DE APTIDÃO

EXAME DE SAÚDE	RESULTADO DE APTIDÃO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA OU ATUAL
Data Exame: 20250516	
Tipo: Admissão <input checked="" type="checkbox"/>	Apto <input type="checkbox"/>
Periódico <input type="checkbox"/>	Apto condicionalmente <input checked="" type="checkbox"/>
Ocasional <input type="checkbox"/>	Inapto temporariamente <input type="checkbox"/>
- Após doença <input type="checkbox"/>	Inapto definitivamente <input type="checkbox"/>
- Após acidente <input type="checkbox"/>	Outras funções que pode desempenhar
- A pedido do trabalhador <input type="checkbox"/>	1. _____
- A pedido do serviço <input type="checkbox"/>	2. _____
- Por mudança de função <input type="checkbox"/>	3. _____
- Por alteração das condições de trabalho <input type="checkbox"/>	4. _____
Outro _____ <input type="checkbox"/>	

RECOMENDAÇÕES

(Da responsabilidade do médico do trabalho e dirigida ao Empregador ou Gestor do Teço responsável pela área da Saúde e Segurança do Trabalho ou Responsável dos Recursos Humanos da empresa/entidade empregadora)

Sem recomendações <input type="checkbox"/>	Com recomendações, designadamente as abaixo indicadas com 'X' <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avaliação de fatores de risco no posto de trabalho	Discriminar o mais relevante:
<input checked="" type="checkbox"/> Correção de condições de trabalho	Discriminar o mais relevante: Não pode exercer atividade docente em local da escola onde exista risco acrescido de exposição a poeiras de amianto
<input type="checkbox"/> Uso de equipamento de proteção individual	Discriminar o mais relevante:
<input type="checkbox"/> Proposta de organização de trabalho	Discriminar o mais relevante:
<input type="checkbox"/> Formação e/ou informação do trabalhador	Discriminar o mais relevante:
<input type="checkbox"/> Outras	Especificar:

Médico do trabalho Mauricio Esteves N° Cédula Profissional: _____
 Data: 20250516 Assinatura: _____
 M21727

Trabalhador Tomou conhecimento Responsável Serviço SST/ Recursos Humanos Tomou conhecimento
 Data: 20250516 Assinatura: _____ Data: _____ Assinatura: _____