

# FICHA DE APTIDÃO PARA O TRABALHO <sup>1</sup>

(Portaria n.º 71/2015, de 10 de março)

## ENTIDADE EMPREGADORA/EMPRESA

Designação Social / Nome:		NIPC/NIF:
Estabelecimento:		CAE principal:
Endereço:		
Código postal: -	Localidade:	
Telefone:	E-mail: @	

## SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHO

Modalidade de Organização do Serviço de Saúde do Trabalho:	Interno <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Comum <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> :
Designação da empresa de serviço externo de saúde do trabalho [se aplicável]:	NIPC/NIF: <span style="float: right;">Processo de autorização (PA) da DGS n.º</span>

## TRABALHADOR

Nome:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Data de nascimento: / /	Nacionalidade:
Data de admissão na empresa: / /	Categoria profissional:
Posto de trabalho (principal):	
Atividade / Função: (proposta ou atual)	Data de admissão na Atividade/ Função: / /

## POSTO DE TRABALHO

Análise do posto de trabalho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Justificar em caso negativo:
Identificação de fatores de risco profissional:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especificar os principais fatores de risco profissional:
Avaliação da exposição profissional do trabalhador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especificar a avaliação efetuada:

## EXAME DE SAÚDE E RESULTADO DE APTIDÃO

EXAME DE SAÚDE	RESULTADO DE APTIDÃO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA OU ATUAL
Data do exame: / /	
Tipo: Admissão <input type="checkbox"/>	Apto <input type="checkbox"/>
Periódico <input type="checkbox"/>	Apto condicionalmente <input 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"/>	
- A pedido do trabalhador <input type="checkbox"/>	Outras funções que pode desempenhar:
- A pedido do serviço <input type="checkbox"/>	1. <input style="width: 100%;" type="text"/>
- Por mudança de função <input type="checkbox"/>	2. <input style="width: 100%;" type="text"/>
- Por alteração das condições de trabalho <input type="checkbox"/>	3. <input style="width: 100%;" type="text"/>
Outro (especifique): <input style="width: 100%;" type="text"/>	4. <input style="width: 100%;" type="text"/>

## RECOMENDAÇÕES [Da responsabilidade do médico do trabalho e dirigida ao Empregador ou Gestor de Topo 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 type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Avaliação de fatores de risco no posto de trabalho	<i>Discriminar o mais relevante:</i>	
<input type="checkbox"/>	Correção de condições de trabalho	<i>Discriminar o mais relevante:</i>	
<input type="checkbox"/>	Uso de equipamento de proteção individual	<i>Discriminar o mais relevante:</i>	
<input type="checkbox"/>	Proposta de organização de trabalho	<i>Discriminar o mais relevante:</i>	
<input type="checkbox"/>	Formação e/ou informação do trabalhador	<i>Discriminar o mais relevante:</i>	
<input type="checkbox"/>	Outras	<i>Especificar:</i>	

<b>Médico do Trabalho</b>	N.º Cédula Profissional:	Identificação (Vinheta ou assinatura digital)
Data: / /	Assinatura:	
<b>Trabalhador</b> <i>Tomei conhecimento</i>	Assinatura:	<b>Responsável Serviço de SST/Recursos Humanos</b> <i>Tomei conhecimento</i>
Data: / /		Assinatura: Data: / /

<sup>1</sup> Cópia da presente Ficha de Aptidão para o Trabalho deve ser enviada ou dada em mão ao respetivo trabalhador e remetida ao Responsável do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho e ao Responsável pelos Recursos Humanos da empresa/entidade empregadora.