direção regional da saúde

FICHA DE APTIDÃO PARA O TRABALHO – Modelo da DGS

(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* ☐ *Externo* ☐ *Comum* ☐ *Outro* ☐:	
Designação da empresa de serviço externo de saúde do trabalho *[se aplicável]*:	NIPC/NIF:	Processo de autorização (PA) da DGS n.º

TRABALHADOR

Nome:		
Sexo: F ☐ M ☐	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* ☐ *Não* ☐	Justificar em caso negativo:
Identificação de fatores de risco profissional:	*Sim* ☐ *Não* ☐	Especificar os principais fatores de risco profissional:
Avaliação da exposição profissional do trabalhador	*Sim* ☐ *Não* ☐	Especificar a avaliação efetuada:

EXAME DE SAÚDE E RESULTADO DE APTIDÃO

EXAME DE SAÚDE

Data do exame: / /

Tipo:
- Admissão ☐
- Periódico ☐
- Ocasional
  - Após doença ☐
  - Após acidente ☐
  - A pedido do trabalhador ☐
  - A pedido do serviço ☐
  - Por mudança de função ☐
  - Por alteração das condições de trabalho ☐
- Outro (especifique): ☐

RESULTADO DE APTIDÃO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA OU ATUAL

- Apto ☐
- Apto condicionalmente ☐
- Inapto temporariamente ☐
- Inapto definitivamente ☐

Outras funções que pode desempenhar:

1.
2.
3.
4.

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 ☐		Com recomendações, designadamente as abaixo indicadas com "X" ☐
☐	Avaliação de fatores de risco no posto de trabalho	*Discriminar o mais relevante:*
☐	Correção de condições de trabalho	*Discriminar o mais relevante:*
☐	Uso de equipamento de proteção individual	*Discriminar o mais relevante:*
☐	Proposta de organização de trabalho	*Discriminar o mais relevante:*
☐	Formação e/ou informação do trabalhador	*Discriminar o mais relevante:*
☐	Outras	*Especificar:*

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