

## FICHA DE APTIDÃO PARA O TRABALHO

(Portaria nº 71/2015, de 10 de março)

## Entidade Empregadora / Empresa

Designação Social / Nome:	QUATERNAIRE PORTUGAL - CONSULTORIA PARA O DESENVOLVIMENTO, SA		NIPC/NIF:	502503661
Estabelecimento:	QUATERNAIRE PORTUGAL - CONSULTORIA PARA O DESENVOLVIMENTO, SA - SEDE		CAE principal:	70220
Endereço:	RUA TOMAS RIBEIRO, 412 2º ANDAR			
Código postal:	4450-295 MATOSINHOS	Localidade:	MATOSINHOS	
Telefone:	229399150	E-mail:	PORTO@QUATERNAIRE.PT	

## SERVICO DE SAUDE DO TRABALHO

Modalidade de organização do Serviço de Saúde do Trabalho:			
Interno	<input type="checkbox"/>	Externo	<input checked="" type="checkbox"/>
Comum	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Designação da empresa de serviço externo de saúde do trabalho:		NIPC / NIF:	507760425
[se aplicável] MEDI-T SAUDE, LDA		Processo de autorização (PA) da DGS n.º:	177

**TRABALHADOR**

Nome: MARIA ELISA PEREZ SILVA BABO N.º Mecanog./Outro:

Sexo: FEMININO Data Nascimento: 18-06-1957 Nacionalidade: PORTUGUESA

Data Admissão: 01-04-1997 Categoria Profissional: ADMINISTRADOR

Posto de Trabalho (principal): ADMINISTRADOR (A)

Atividade/Função: ADMINISTRADORA Data de admissão na  
Atividade/Função: 01-04-1997  
*proposta ou atual*

### POSTO DE TRABALHO

Análise do Posto de trabalho:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Identificação de fatores de risco profissional:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Iluminação, Trabalho com equipamentos dotados de visor, Posições incorrectas,
Avaliação da exposição profissional do trabalhador:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO DA ILUMINAÇÃO

**EXAME DE SAÚDE E RESULTADO DE APTIDÃO**

EXAME DE SAÚDE		RESULTADO DE APTIDÃO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA OU ATUAL	
Data do Exame:	05-09-2017		
Tipo:		Apto	X
Admissão	<input type="checkbox"/>	Apto condicionalmente	<input type="checkbox"/>
Periódico	X	Inapto temporariamente	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>	Inapto definitivamente	<input type="checkbox"/>
Após doença	<input type="checkbox"/>	Outras funções que pode desempenhar:	
Após Acidente	<input type="checkbox"/>	1. _____	
A pedido do trabalhador	<input type="checkbox"/>	2. _____	
A pedido do serviço	<input type="checkbox"/>	3. _____	
Por mudança de função	<input type="checkbox"/>	4. _____	
Por alteração das condições de trabalho	<input type="checkbox"/>		
Outro (especifique)	<input type="checkbox"/>		

## RECOMENDACÕES

Sem recomendações: <input checked="" 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		
<input type="checkbox"/> Correção de condições de trabalho		
<input type="checkbox"/> Uso de equipamento de proteção individual		
<input type="checkbox"/> Proposta de organização do trabalho		
<input type="checkbox"/> Formação e/ou informação do trabalhador		
<input type="checkbox"/> Outras	Deverá seguir a recomendação que lhe foi transmitida em Carta de Aconselhamento.	

<b>Médico do Trabalho</b> <b>FILIPA ALVES ROCHA</b> N.º Cédula Profissional: <b>48583</b> Data: <b>05-09-2017</b>		Identificação (Vinheta ou Assinatura Digital) <b>M48583</b> 
Assinatura: 		

<b>Trabalhador</b> Tomei conhecimento, Data: 05-09-2017	<b>Responsável Serviço de SST/ Recursos Humanos</b> Tomei conhecimento, Data:
---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------