



Medi-T Saúde, Lda.
GRUPO MEDI-T

1271474

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

SERVIÇO DE SAÚDE 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:	[se aplicável] NIPC / NIF: 507760425	Processo de autorização (PA) da DGS n.º:	177
MEDI-T SAUDE, LDA			

TRABALHADOR

Nome:	MARIA LURDES MACIEL GOMES CUNHA		
Sexo:	FEMININO	Data Nascimento:	18-11-1961
Nacionalidade:	PORTUGUESA	N.º Mecanog./Outro:	
Data Admissão:	01-01-1995	Categoria Profissional:	CONSULTORA
Posto de Trabalho (principal):	ADMINISTRADOR (A)		
Atividade/Função:	CONSULTORA	Data de admissão na Atividade/Função:	01-01-1995
<i>proposta ou atual</i>			

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 type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	

EXAME DE SAÚDE E RESULTADO DE APTIDÃO

EXAME DE SAÚDE		RESULTADO DE APTIDÃO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA OU ATUAL	
Data do Exame:	21-02-2017	Apto	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo:		Apto condicionalmente	<input type="checkbox"/>
Admissão	<input type="checkbox"/>	Inapto temporariamente	<input type="checkbox"/>
Periódico	<input checked="" type="checkbox"/>	Inapto definitivamente	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>	Outras funções que pode desempenhar:	
Após doença	<input type="checkbox"/>	1.	
Após Acidente	<input type="checkbox"/>	2.	
A pedido do trabalhador	<input type="checkbox"/>	3.	
A pedido do serviço	<input type="checkbox"/>	4.	
Por mudança de função	<input type="checkbox"/>		
Por alteração das condições de trabalho	<input type="checkbox"/>		
Outro (especifique)	<input type="checkbox"/>		

RECOMENDAÇÕES

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		

Médico do Trabalho

N.º Cédula Profissional:		Assinatura:		Identificação (Vinheta ou Assinatura Digital)
Data:	21-02-2017			

Trabalhador

Tomei conhecimento,		Responsável Serviço de SST/ Recursos Humanos	
Data:	21-02-2017	Tomei conhecimento,	
		Data:	