





**Instruções para Declaração da Entidade Patronal:**

1. A Declaração da Entidade Patronal deverá ser passada em papel timbrado da respectiva empresa e encontrar-se carimbada e assinada.
2. A Declaração deverá conter o texto constante da Minuta que se segue:

**Minuta da Declaração da Entidade Patronal**

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Declaramos que, à data de início da Baixa, o nosso Funcionário identificado em baixo tinha um vínculo laboral em vigor com esta Empresa.

Nome do Funcionário: \_\_\_\_\_

Data de início do Emprego / Vínculo Laboral: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esse vínculo laboral ainda existe actualmente?  Sim  Não, desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de início da Baixa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de regresso ao trabalho (caso já se tenha verificado): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do responsável pela informação: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Telefone: | \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO MÉDICO

**Instruções** 1) Este Relatório Médico deverá ser preenchido pelo Médico de Família ou Médico Assistente, utilizando letra bem legível e contendo o respectivo Selo Médico. **Este relatório pode ser substituído por documento manuscrito, no entanto as questões obrigatórias devem por favor ser respondidas.**

2) As respostas às questões abaixo colocadas são confidenciais e de uso reservado ao Médico da Cardif, sendo fundamentais para a resolução do processo. Caso não sejam respondidas, este Relatório Médico será considerado incompleto, e como consequência o Processo também.

**3) Estas questões são de preenchimento obrigatório**

**4) Este Relatório NÃO deverá ser preenchido pela pessoa segura**      Acidente?     Doença?

Nome da Pessoa Segura: (3) \_\_\_\_\_ Data da Ocorrência: (3) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PREENCHER SÓ EM CASO DE ACIDENTE

Qual o tipo de acidente sofrido:(3) \_\_\_\_\_

Quais as lesões resultantes do acidente:(3) \_\_\_\_\_

### PREENCHER SÓ EM CASO DE DOENÇA

Qual a doença exacta que motivou esta ocorrência: (3) \_\_\_\_\_

Data dos 1ºs sintomas da doença:(3) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quais os Sintomas Iniciais: \_\_\_\_\_

Qual a evolução da doença até à presente data: \_\_\_\_\_

Do processo clínico ou historial clínico consta a existência de doenças que estejam directa ou indirectamente relacionadas com esta doença:(3)

Sim  - **Preencher obrigatoriamente os campos em baixo**      Não       Desconheço

1) \_\_\_\_\_ Data 1ºs sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Data 1ºs sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ Data 1ºs sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ Data 1ºs sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

As condições em que se verificaram as afecções referidas são devidas a danos auto-infligidos, parto, gravidez, aborto, consumo de álcool ou de drogas sem prescrição médica, guerras, tumultos, doenças nervosas ou sintomas inexplicáveis?(3)    Sim     Não

Se sim, detalhe \_\_\_\_\_

Se tiver conhecimento da existência de outro Médico que possa prestar esclarecimentos adicionais relativamente a esta situação, por favor indique o seu nome e contacto clínico: \_\_\_\_\_

### Identificação do Médico

Desde que data é Médico assistente da Pessoa Segura: (3) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome:(3) \_\_\_\_\_ Nº Cédula Profissional:(3) \_\_\_\_\_

Morada Profissional: (3) \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Código Postal: |\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|      Telefone Profissional: \_\_\_\_\_

Data e assinatura: (3) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**(3)**  
**SELO**  
**MÉDICO**