

**RELATÓRIO MÉDICO EM CASO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO
(DOENÇA, MATERNIDADE, ACIDENTE DE TRABALHO, DOENÇA PROFISSIONAL)**

Regulamento 1408/71: artigo 19º 1.b; artigo 22º 1.a.ii, 1.b.ii e 1.c.ii; artigo 25º 1.b; artigo 52º b; artigo 55º 1.a.ii, 1.b.ii e 1.c.ii

Regulamento 574/72: artigo 16º 2 e 3; artigo 24º; artigo 26º 5 e 7; artigo 61º 2 e 3; artigo 64º; artigo 65º 2 e 4

A preencher pelo médico da instituição que emite o formulário E 115, ao qual será anexado, e enviado em envelope fechado no caso de doença ou de maternidade. Para a Bélgica, deve sempre ser enviado em primeiro lugar à instituição belga competente em matéria de seguro de doença (2). No Liechtenstein, na Noruega e na Suécia, o formulário é preenchido pelo médico assistente do interessado e verificado pela instituição de seguro.

1 Instituição competente destinatária

1.1	Designação:
1.2	Endereço (2):
1.3	Referência: nosso formulário E 116 de

2 Anexo ao formulário E 115 de

3 Trabalhador assalariado Trabalhador não assalariado Trabalhador em situação de desemprego

3.1	Apelido (2a)		
3.2	Nomes próprios	Apelidos anteriores (2a)	Data de nascimento
3.3	Endereço no país de residência ou de estada (2)		
3.4	Número de identificação (2):		

4 Eu, abaixo assinado,, licenciado em medicina, depois de ter examinado a pessoa

acima mencionada a, considero

- 4.1 que se trata
- de um caso de doença de um caso de maternidade (data presumível do parto:))
- 4.2 que se trata provavelmente
- de acidente de trabalho de doença profissional de acidente não ocupacional
- 4.3 de recaída ou agravamento

Parte A: Relatório geral

5 A preencher em todos os casos (designadamente em caso de acidente de trabalho)

5.1 História progressa e sintomas actuais
.....
.....

5.2 Exame clínico

5.3 Estado geral: Peso: Altura: (*)

5.4 Outras observações:
.....

5.5 Exames de especialidade (*):
.....

5.6 Diagnóstico:

5.7 Conclusões:

5.8 O interessado não está incapaz de trabalhar

5.9 O interessado está incapaz de trabalhar
desde até

5.10 O interessado está parcialmente incapaz de trabalhar (incapacidade de
..... %) desde até (**)

5.11 O interessado será submetido a um novo exame médico a

5.12 O interessado está em condições de trabalhar a partir de

Parte B: Relatórios em caso de acidente de trabalho

6 Primeiro relatório médico

6.1 Este acidente provocou as seguintes lesões (*)
.....
.....

6.2 Estas lesões tiveram terão as consequências seguintes (*)
.....
.....

6.3 A incapacidade de trabalho teve início a

6.4 A vítima é assistida
 em casa no consultório do médico
 no hospital em outro local

Endereço (*) (*):

7	Último relatório médico
7.1	O tratamento terminou a
7.2	As lesões consolidaram-se a
7.3	<input type="checkbox"/> sem sequelas
7.4	<input type="checkbox"/> e terão provavelmente as consequências seguintes:
7.5	Descrição pormenorizada do estado da vítima depois da cura ou no termo do tratamento médico

8	Instituição do lugar de residência ou de estada
8.1	Designação:
8.2	Endereço (2):
8.3	Carimbo
	8.4 Data:
	8.5 Assinatura do médico

INSTRUÇÕES

O formulário deve ser preenchido em caracteres de imprensa, utilizando apenas as linhas pontilhadas. É composto de 3 páginas; nenhuma delas pode ser suprimida, mesmo que não contenha qualquer indicação útil.

NOTAS

- * EEE — Acordo sobre o Espaço Económico Europeu, anexo VI, Segurança Social: para efeitos deste acordo, o presente formulário é válido igualmente na Áustria, na Finlândia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega e na Suécia.
- (1) Sigla do país a que pertence a instituição que preenche o formulário: B = Bélgica; DK = Dinamarca; D = Alemanha; GR = Grécia; E = Espanha; F = França; IRL = Irlanda; I = Itália; L = Luxemburgo; NL = Países Baixos; P = Portugal; GB = Reino Unido; A = Áustria; FIN = Finlândia; IS = Islândia; FL = Liechtenstein; N = Noruega; S = Suécia.
- (2) Rua, número, código postal, localidade, país.
- (2a) Para os nacionais espanhóis, indicar os dois apelidos de nascimento.
Para os nacionais portugueses, indicar todos os nomes (nomes próprios, apelido, apelido de solteira) pela ordem do registo civil, conforme constam no bilhete de identidade ou no passaporte.
- (3) Para os nacionais italianos indicar, se possível, o número de inscrição e/ou o «codice fiscale».
- (4) Informações a fornecer quando necessárias.
- (5) Indicar o tipo de exame e a data.
- (5a) Para uso das instituições norueguesas.
- (6) Indicar o tipo e a natureza das lesões, a parte do corpo lesionada: fractura do braço; contusão na cabeça, nos dedos; lesões internas, asfixia, etc.
- (7) Indicar as consequências certas ou prováveis das lesões constatadas: morte, incapacidade permanente ou temporária, total ou parcial; em caso de incapacidade temporária, indicar a duração provável.
- (8) Se a vítima estiver a receber tratamento num hospital, indicar o nome do mesmo.
- (9) Para os pedidos de prestações por maternidade pagáveis pela Bélgica, o formulário E 116 não é necessário.