

**Entidade Empregadora/ Empresa**Designação social/Nome **Giservices, Lda**

NIPC/NIF 506434770

Estabelecimento: Giservices, Lda

CAE 82990

Endereço: Oriente Green Campus - Rjua Adão Manuel Ramos Barata nº3, Fração CA

Código Postal: 1885-100-Lisboa

Localidade: Moscavide

Telefone:

Email: [saude.seguranca@gigroup.com](mailto:saude.seguranca@gigroup.com)**Serviço de Saúde do Trabalho**

Modalidade de Organização do Serviço

Interno ☐Externo ☒Comum ☐Outro ☐

de Saúde do Trabalho

Designação da empresa de serviço externo

NIPC/NIF **504 598 562**

de saúde do trabalho:

**CLÍNICA S. MIGUEL ARCANJO - SAUDE HUMANA, LDA**

Processo de autorização (PA) da DGS n.º

**172****Trabalhador**Nome: **KEVIN MORAIS DA SILVA**Sexo: **F** ☐ **M** ☒Data Nascimento: **14/10/2006**Nacionalidade: **Brasileira**Data de Admissão na empresa: **23/08/2025**Categoria Profissional: **Op. Semi**

Posto de Trabalho (principal):

**Op. Semi Especializado****Especializado**

Atividade/Função atual:

**Op. Semi Especializado**Data Admissão na Função: **23/08/2025****Posto de Trabalho**

Análise do posto

Sim ☐

de trabalho

Não ☒

Identificação de fatores de

Sim ☐

risco profissional:

Não ☒

Avaliação da exposição

Sim ☐

profissional do trabalhador

Não ☒

Justificar em caso negativo: Trabalhador Alocado a Cliente Externo.

Trabalho Temporário.

Especificar os principais fatores de risco:

Especificar a avaliação efetuada:

**Exame De Saúde e resultado de Aptidão****Exame de Saúde**

Data do Exame:

23/08/2025

Tipo:

Admissão

☒

Periódico

☐

Ocasional

☐

Após doença

☐

Após acidente

☐

A pedido do trabalhador

☐

A pedido do serviço

☐

Por mudança de função

☐

Por alteração das condições 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 Trabalho

Dr. António Pires de Sousa

N.º Cédula Profissional:

27046

**António Pires de Sousa**

Assinatura



Data 23/08/2025

**Cédula Profissional****27046**

Tomei conhecimento

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tomei conhecimento

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Trabalhador

<sup>1</sup> Cópia da presente ficha de aptidão para o Trabalho deve ser enviada ou dada em mão ao respectivo trabalhador e remetida ao Responsável do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho e ao Responsável pelos Recursos Humanos da empresa/entidade empregadora.