

**CERTIFICADO MÉDICO PARA MARÍTIMOS***Medical Certificate for Seafarers*

Exames médicos realizados de acordo com as orientações fixadas pela OIT/OMS para as inspeções médicas de acesso à inscrição marítima e periódicas a fazer aos marítimos. Certificado de Aptidão Médica emitido em conformidade com as disposições legais aplicáveis e os requisitos internacionais estabelecidos pela Convenção Internacional sobre Normas de Formação, Certificação e de Serviço de Quartos para os Marítimos (STCW, 1978) conforme Emendas, a Convenção do Trabalho Marítimo (MLC, 2006) da OIT e o Decreto-Lei 34/2015 de 4 de março. / Medical Examinations conducted in accordance with ILO/WHO Guidelines for pre-sea and periodic Medical Fitness Examinations for seafarers. Medical certificate issued under the provisions of the International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers (STCW, 1978) as amended, by the Maritime Labour Convention (MLC, 2006) of ILO and under Portuguese Law Decreto-Lei 34/2015, March 4th.

Autoridades Competentes **Direção-Geral de Recursos Naturais, Segurança e Serviços Marítimos / Direção-Geral da Saúde**

Competent Authorities **Directorate-General of Natural Resources, Safety and Maritime Services / Directorate-General of Health**

I. Identificação do marítimo / Seafarer information

Apelido (Last name)	Nome (First name)	Nomes do meio (Middle names)
Data nascimento (DD/MM/AAAA) / Date of Birth (DD/MM/YYYY) / /	Nacionalidade / Nationality	Género / Gender ☐ Masculino/Male ☐ Feminino/Female
Cédula marítima / Passaporte / Cartão Cidadão nº Seafarer's Book / Passport / Citizen card	Válido até / Valid until / /	Emitido por / Issued by
Os documentos de identificação do marítimo foram verificados no local do exame? Identification documents of the seafarer were checked at the point of examination?		☐ Sim / Yes ☐ Não / No

II. Declaração do médico reconhecido / Declaration of the recognized medical practitioner

Visão (norma do Código STCW secção A-I/9) / Sight (standards in STCW Code section A-I/9)	
Acuidade visual satisfatória / Satisfactory visual acuity	☐ Sim / Yes ☐ Não / No
Visão das Cores satisfatória / Satisfactory colour vision	☐ Sim / Yes ☐ Não / No
Data do último teste de visão das cores / Date of last colour vision test / /	
Avaliação obrigatória de 6 em 6 anos / Testing only required every six years)	
Auxiliares de visão necessários? / Visual aid required?	☐ Sim / Yes ☐ Não / No
Audição (norma do Código STCW secção A-I/9) / Hearing (standards in STCW Code section A-I/9)	
Acuidade auditiva satisfatória / Satisfactory hearing acuity	☐ Sim / Yes ☐ Não / No
Acuidade auditiva sem prótese satisfatória / Satisfactory unaided hearing	☐ Sim / Yes ☐ Não / No

III. Avaliação da aptidão / Fitness assessment

Com base nas declarações do marítimo, exames clínicos e testes de diagnóstico por mim executados, declaro que o marítimo se encontra: / On the basis of the seafarer's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results, I declare the seafarer:

Serviço de vigia na ponte / Look-out duties	Serviço de mar / Sea services	Função/Position:
☐ Apto / Fit	☐ Convés/Deck ☐ Câmaras/Catering ☐ Casa das Máquinas/Engine ☐ Outra/Other _____	
☐ Inapto / Unfit	Com limitações ou restrições / Limitations or restrictions ☐ Sim / Yes ☐ Não / No	
☐ Não aplicável / Not applicable	Se sim, especifique / If so, specify _____	
	☐ Inapto / Unfit	
O marítimo sofre de doença suscetível de ser agravada pelo, ou torná-lo inapto para o serviço de mar ou de colocar em risco a saúde de outras pessoas a bordo? / Does the seafarer suffer from any disease likely to be aggravated by, or to render him unfit for service at sea or likely to endanger the health of other persons on board?		☐ Sim / Yes ☐ Não / No

Data de emissão do certificado (DD/MM/AAAA) / Certificate issue date (DD/MM/YYYY) / /	Data de validade do certificado (DD/MM/AAAA) / Certificate expiry date (DD/MM/YYYY) / /
Nome do Médico / Medical Practitioner's name	
Assinatura do Médico / Medical Practitioner's Signature	Vinheta do Médico / Medical Practitioner's Stamp
Cédula Profissional nº / Physician's Licence No. _____	

Entidade onde foi emitido o Certificado de Aptidão Médica / Issuing Authority	Carimbo da Entidade (se aplicável) / Issuing Authority's Stamp (if applicable)
Morada / Address	
Contacto telefónico / Contact	

Confirmo que fui informado do conteúdo deste certificado e do direito a recorrer, de acordo com o parágrafo 6 da Secção A-I/9 do Código STCW / I confirm that I have been informed of the contents of this certificate and the right to ask for a review in accordance with paragraph 6 of section A-I/9 of the STCW Code

Assinatura do marítimo / Seafarer's signature

REPÚBLICA
PORTUGUESE



PORTUGUESA
REPUBLIC