

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

Processo n.º _____ Apólice n.º _____ Data Acidente ____ / ____ /20

Sinistrado _____

Situação do Sinistrado no dia ____ / ____ /20

Evolução Clínica:

Tratamento Prescrito:

Observações:

COD ICD9

Em tratamento ambulatorio desde	____ / ____ /20	Duração	
		Prevista	dias

Com incapacidade temporária absoluta desde	____ / ____ /20	Duração	
		Prevista	dias

Com incapacidade temporária parcial de	____ % Desde ____ / ____ /20	Duração	
		Prevista	dias

Sem Incapacidade desde	____ / ____ /20	Duração	
		Prevista	dias

Porquê?

Incapacidade alterada desde a última Consulta? _____

Próxima consulta _____ / ____ / 20

As lesões apresentadas podem vir a dar alguma incapacidade permanente?

Não _____

Sim _____ Qual o grau? _____ %

Nome Médico (legível) _____

Telefone _____

Ordem médicos n.º _____

_____, ____ / ____ / 20

(Assinatura Médico)