

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

Processo n.º _____ Apólice n.º _____ Data Acidente ____ / ____ /201

Sinistrado _____

Situação do Sinistrado no dia ____ / ____ /2014

Evolução Clínica:

Tratamento Prescrito:

Observações:

COD ICD9

Em tratamento ambulatorio desde	/ /201	Duração	
		Prevista	dias
Com incapacidade temporária absoluta desde	/ /201	Duração	
		Prevista	dias
Com incapacidade temporária parcial de	% Desde / /201	Duração	
		Prevista	dias
Sem Incapacidade desde	/ /201	Duração	
		Prevista	dias

Porquê?



Incapacidade alterada desde a última Consulta? _____

Próxima consulta _____ / ____ / 201

As lesões apresentadas podem vir a dar alguma incapacidade permanente?

Não _____

Sim _____ Qual o grau? _____ %

Nome Médico (legível) _____

Telefone _____

Ordem médicos n.º _____

_____, ____ / ____ / 201

(Assinatura Médico)