

Anexo III
BOLETIM DE EXAME MÉDICO

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

Sinistrado _____

Idade _____ Profissão _____

EXAME MÉDICO (1.ª Consulta)

Data ____ / ____ /201 Hora ____ : ____

Descrição de Acidente: _____

Nexo causal com acidente: Sim ____ Não ____ COD ICD9 _____

Diagnóstico: _____

Tratamento Prescrito: _____

Observações: _____

Primeiros Socorros (entidade hospitalar) _____

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
Próxima consulta _____ / ____ /201

Duração
Prevista _____ dias

As lesões apresentadas podem vir a dar alguma incapacidade permanente?

Não _____

Sim _____ Qual o grau? _____%

Nome Médico (legível) _____

Morada _____

Telefone _____

Ordem médicos n.º _____

_____, ____ / ____ /201

(Assinatura Médico)

