

Acidentes Pessoais

Boletim de Exame Médico

Tomador do Seguro

Apólice N.º 1001001860

Processo N.º

--

 Nome **FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE MONTANHISMO E ESCALADA**
Sinistrado

Nome _____

Idade

Estado Civil _____

Profissão _____

Médico Examinador

Nome _____

NIF

Morada _____

Código Postal

Acidente

Data do acidente

--

Hora

:
Exame Médico

Data do 1.º exame médico

--

Hora

:

Tem ou teve o examinado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este sinistro?

 Sim

 Não

Em caso afirmativo, qual? _____

Quais as lesões sofridas? _____

As lesões apresentadas resultam do sinistro participado?

 Sim

 Não

Qual o tratamento prescrito? _____

Foram ou serão efectuados quaisquer exames auxiliares de diagnóstico?

 Sim

 Não

Em caso afirmativo, quais e respectivas datas? _____

 Qual o resultado? _____

Esteve ou estará previsto qualquer internamento?

 Sim

 Não

Desde quando? _____

Em caso afirmativo, qual o estabelecimento hospitalar? _____

Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica?

 Sim

 Não

Qual? _____

Incapacidades
 Em tratamento ambulatorio sem Incapacidade

 Tempo provável de Incapacidade Temporária Absoluta: dias

 Tempo provável de Incapacidade Temporária Parcial: dias

 Percentagem: %

 Resultará qualquer Incapacidade Permanente?

 Percentagem: %

--

Assinatura do médico