

Acidentes Pessoais

Boletim de Exame Médico

Tomador do Seguro

Apólice N.º 1000341140

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