

# Boletim de Exame Médico

Acidente Pessoal  e Trabalho

Tomador:  Nº Apólice:

Sinistrado:  Data de Nascimento:

Idade:  Profissão:  Telefone:

1ª Assistência (Entidade Hospitalar):

## ACIDENTE

Data:  Hora:  Local:

Descrição do Acidente:

## EXAME MÉDICO (1ª consulta)

Data:  Hora:

Data em que deixou de trabalhar:

Nexo causal com acidente: SIM  NÃO

Código ICD9 | Diagnóstico (pormenorizado e legível):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Antecedentes

Antecedentes Anteriores: SIM  NÃO  Data:

Desses acidentes resultou I.P.? SIM  NÃO

Se SIM, qual a desvalorização atribuída e qual a Companhia de Seguros?

Tratamento Prescrito (Especialidades e ECD's requisitados):

  

OBSERVAÇÕES:

## Boletim de Exame Médico

### SITUAÇÃO CLÍNICA

Com Incapacidade Temporária Absoluta desde

Com previsão de incapacidade de

dias

Com Incapacidade Temporária Parcial de % desde

Sem Incapacidade desde

IPP Provável

SIM

%

NÃO

I.P.T.H

SIM

%

NÃO

I.P.A

SIM

%

NÃO

Terceira Pessoa: SIM

Horas/dia

Nr dias

NÃO

Tipo de transporte clinicamente recomendado:

Transporte coletivo Taxi

Ambulância

Próxima consulta:

Prestador:

Nome do Médico:

Assinatura