

## 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