

## 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