

# Acidentes Pessoais

## Boletim de Exame Médico

Médico examinador: .....

Domicílio: ..... Telefone: .....

Apólice N.º [ ..... ]

**A preencher pelo Médico**  
(Todos os requisitos devem ser respondidos)

Nome do acidentado: .....

Data do acidente ..... / ..... / ....., às ..... horas

Data do primeiro exame médico ..... / ..... / ....., às ..... horas

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

Qual? .....

Quais as lesões sofridas? .....

As referidas lesões são provenientes do sinistro participado? (ver verso p.f.): .....

Quais as sugestões apresentadas por V. Exa. quanto ao tratamento a seguir? .....

Foi ou será efectuado qualquer exame radiológico? .....

Caso afirmativo indicar o resultado do mesmo? .....

Terá de ser internado? Desde quando? .....

Qual o estabelecimento hospitalar? .....

Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica? ..... Em tratamento ambulatorio desde quando? .....

Tempo provável de Incapacidade Temporária Absoluta: ..... dias

Tempo provável de Incapacidade Temporária Parcial: ..... dias Percentagem: ..... %

Resultará qualquer invalidez permanente? .....

Em que poderá consistir? .....

O Médico

(a) .....

..... de ..... de .....

Parecer dos Serviços Médicos da Liberty Seguros: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....