

Boletim de Exame Médico

Acidente Pessoal

Acidente de Trabalho

Tomador: N° Apólice: Data do Acidente:

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"/>	<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: Ordem Médicos nº

Assinatura