

Acidente Pessoal Acidente Trabalho

Tomador _____ N.º de 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):

Antecedentes

Acidentes 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:** _____**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 colectivo Táxi Ambulância

Próxima consulta: __/__/____

Prestador _____
Nome do Médico _____ Ordem Médicos nº _____

O Médico

(ASSINATURA)