

ANEXO 2

Boletim Médico

Boletim de Exame Médico

Acidente Pessoal Acidente de Trabalho Tomador: Nº 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