

VICTORIA 3 + - Boletim de Exame

Ramo Apólice

	<b>11003909</b>
--	-----------------

Processo Sinistro

Nº														
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Do Tomador	Nome _____		Telef. _____
	Morada _____	Localidade _____	Cod. Postal _____
Do Sinistrado	Nome _____		Data Nascimento _____
	Morada/Clube _____	Localidade _____	Cod. Postal _____
Exame médico	Data e hora da 1ª observação ____/____/____ às ____ h		
	Sintomatologia apresentada _____		
	Diagnóstico: _____		
	O sinistrado apresentava lesões crónicas ou agudas <u>anteriores</u> ao acidente ?		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
	Em caso afirmativo, indicar quais? _____		
	Estas lesões foram a causa ou agravaram as consequências do acidente ?		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
	O sinistrado era portador de qualquer invalidez anterior à data do acidente ?		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
	Em caso afirmativo, indicar qual o grau? _____		
	As lesões apresentadas pelo sinistrado estão relacionadas com o acidente ?		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
	E com a data indicada do acidente ?		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Outras informações	O sinistrado fica: (Assinale com X)		O acidente dará lugar a: (Assinale com X)
	<input type="radio"/> Internado no hospital ? _____ dias		<input type="radio"/> Incapacidade temporária absoluta _____ dias
	<input type="radio"/> Em tratamento domiciliário ? _____ dias		<input type="radio"/> Incapacidade temporária parcial de _____ % _____ dias
	<input type="radio"/> Em tratamento ambulatorio ? _____ dias		<input type="radio"/> Invalidez permanente _____ %
	O Sinistrado foi ou vai ser radiografado ? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Foi/vai ser feito algum exame complementar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	Terapêutica aconselhada / Tratamento proposto ? _____		
	_____		
	_____		
	_____		
	Tem V.Exa alguma observação especial a fazer ? _____		
	_____		
Assinatura	Nome do médico (bem legível) _____		
	Morada _____	Telefone _____	
	Contacto: _____	Telefone _____	
	_____, ____ de _____ de _____		