

VICTORIA 3 + - Boletim de Exame

Ramo Apólice

10795669

Processo Sinistro

Nº | | | | | | | | | |

Do Tomador	Nome		Telef.	
	Morada	Localidade	Cod. Postal	
Do Sinistrado	Nome		Telef.	
	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"/> Em tratamento domiciliário ? _____ dias <input type="radio"/> Em tratamento ambulatorio ? _____ dias	<input type="radio"/> Incapacidade temporária absoluta _____ dias <input type="radio"/> Incapacidade temporária parcial de _____ % _____ 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 _____			