

Ficha de Avaliação: Acidentes de Trabalho Acidentes Pessoais

Tipo de Boletim: Incapacidade
 Exame
 Alta

Apólice

Sinistrado

Nome

Morada

Telefone

Profissão / Posto de Trabalho

Data do Acidente

/ /

Exame

Existe nexó causal entre a lesão e o acidente? Sim Não

Lesões ou doenças anteriores ou coexistentes ao acidente

Lesões ou doenças intercorrentes

Lesões resultantes do acidente

Tratamentos efectuados (Médicos / Cirúrgicos) e respectivas datas

Exames complementares / resultados e respectivas datas

O sinistrado mantém ITA por _____ dias ITP de _____ % por _____ dias SI por _____ dias

Data da próxima consulta

Alta

O sinistrado teve alta em _____ / _____ / _____

Pode retomar o trabalho em _____ / _____ / _____

Cura sem desvalorização

Alta por transferência

Outras

Atribuição de IPP de _____ % (preencher a página 2)

Abandono de tratamento

Hospitalização

Estabelecimento

De _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Estabelecimento

De _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Período de incapacidade

ITA de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

ITP _____ % de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

ITP _____ % de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

_____ de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

_____ de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Assistência Médica

Nome da Clínica ou Médico Assistente

Telefone

Fax

E-mail

Feito em _____ a _____ de _____ de _____

(Assinatura do Médico)



