

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)



