

**Anexo III**  
**BOLETIM DE EXAME MÉDICO**

Processo n.º \_\_\_\_\_ Apólice n.º \_\_\_\_\_ Data Acidente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20

Sinistrado \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

---

**EXAME MÉDICO (1.ª Consulta)**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 Hora \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Descrição de Acidente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nexo causal com acidente:** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ COD ICD9 \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tratamento Prescrito:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Primeiros Socorros (entidade hospitalar)** \_\_\_\_\_

Em tratamento ambulatorio desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 Duração Prevista \_\_\_\_\_ dias

Com incapacidade temporária absoluta desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 Duração Prevista \_\_\_\_\_ dias

Com incapacidade temporária parcial de \_\_\_\_\_% Desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20

Duração  
Prevista \_\_\_\_\_ dias

Sem Incapacidade desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20  
Próxima consulta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20

Duração  
Prevista \_\_\_\_\_ dias

---

As lesões apresentadas podem vir a dar alguma incapacidade permanente?

Não \_\_\_\_\_

Sim \_\_\_\_\_ Qual o grau? \_\_\_\_\_%

---

**Nome Médico (legível)** \_\_\_\_\_

**Morada** \_\_\_\_\_

---

**Telefone** \_\_\_\_\_ Ordem médicos n.º \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20

(Assinatura Médico)