

ATESTADO MÉDICO DE INVALIDEZ

Apólice / Certificado n.º:		
Nome da Pessoa Segura:		
Domicílio:		
Localidade:	Código Postal:	
Data Nascimento:	Profissão:	Estado Civil:
Desde quando é o médico assistente da Pessoa Segura?		
Tem conhecimento de outros médicos que trataram a Pessoa Segura? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, indique nome e morada:		
História Clínica - indique o diagnóstico e a respectiva data de início da(s) doença(s) que levou(aram) à Invalidez:		
Data início dos sintomas da(s) doença(s) que levou(aram) à Invalidez:		
Quando começou a tratar a Pessoa Segura pelos motivos que levaram à Invalidez?		
Indique outras patologias ou práticas sociais que poderão ter concorrido para a Invalidez? Mencionando datas de diagnóstico:		
Data do(s) respectivo(s) início(s):		
Quantos períodos de incapacidade para o trabalho (indicando as respectivas datas) ocorreram antes da Invalidez?		

ATESTADO MÉDICO DE INVALIDEZ

Que pesquisas e exames especiais foram realizados com vista ao diagnóstico e durante o decurso da doença - indique data, entidade e resultado:

Internamentos em hospitais ou noutras instituições - indique nome, data e motivo:

Situação clínica actual - especifique o grau de incapacidade:

A pessoa Segura teve conhecimento da(s) doença(s) que levou(aram) à Invalidez desde o início?: Não Sim

A Pessoa Segura está dependente de apoio de 3ª pessoa para as actividades básicas da vida diária?

Não Sim, especifique:

Morada Profissional:

Localidade: | Código Postal: | Tel.Contacto: | NºCéd.Profissional:

O Médico,

Colar Vinheta

Data: ____ / ____ / ____

(Assinatura)