



## QUESTIONÁRIO A PREENCHER OBRIGATORIAMENTE PELO MÉDICO

### Necessidade de Mais Sessões de Fisioterapia

No caso de terem sido necessárias, mais sessões de fisioterapia, para além das iniciais previstas, o Médico deve apresentar aqui a necessária justificação:


### Prolongamento do Período de Incapacidade Previsto no Exame Médico

No caso do período de incapacidade previsto, se prolongar para além do indicado no exame médico, que consta da participação de sinistro, o Médico deve apresentar aqui a necessária justificação:


### Incapacidade Temporária Absoluta para a Actividade Desportiva - Período Total

De  /  /  Até  /  /  Nº Total de Dias

### Invalidez Permanente

Desvalorização, provisória, calculada de  % (Carece de confirmação dos Serviços Clínicos da AÇOREANA)

### Observações


## ALTA MÉDICA

Data do Acidente  /  /  **Data da Alta**  /  /

### Validação do Médico

Colar aqui a vinheta identificativa do médico.
Obrigatório

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do médico)

### Validação/ Assinaturas

#### Clube (ou Representante Legal)

Nome e Assinatura ou Carimbo
------------------------------

#### Sinistrado

Assinatura
------------

Data

Data

Este documento deverá chegar à AÇOREANA/FPB - Av<sup>a</sup> da República, 24, Galeria, 1050-192 Lisboa, até 8 dias após a data da Alta Médica definitiva.