

發生意外者的身份資料 IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO

姓名 Nome _____

部門/機關 Serviço / Organismo _____

職級 Categoria _____ 受益人編號 N.º de Beneficiário _____

發生意外的說明 CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

地點 Local _____

日期 Data _____ / _____ / _____ 時間 Hora _____

引致意外的原因 Causas prováveis do acidente _____

醫療檢查 EXAME MÉDICO

進行醫療檢查的地點：
Local do exame médico: 衛生機構 Unidade de Saúde 私人診所 Consultório particular 住所 Domicílio

呈現的損傷 Lesões apresentadas _____

症狀 Sintomatologia _____

診斷 Diagnóstico _____

意外的後果
EFEITOS DO ACIDENTE

- 毋須衛生護理
Não carece de cuidados de Saúde
- 須接受門診治療
Carece de tratamento ambulatorio
- 須在住所休養
Carece de permanência no domicílio
- 須住院
Carece de internamento hospitalar

醫生姓名 Nome do médico _____

- 衛生局醫生
Médico dos SS
- 經衛生局認可的醫生
Médico reconhecido pelos SS

檢查日期 Data do exame _____ / _____ / _____

醫生簽名 Assinatura do médico _____