

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

姓名 Nome _____

部門 Serviço _____

官職/職級 Cargo/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
Instituição de saúde

☐

私人診所
Clínica privada

☐

住所
Domicílio

呈現的損傷 Lesões apresentadas _____

症狀 Sintomatologia _____

診斷 Diagnóstico _____

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 _____

意外的後果 CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE	
☐	毋須接受衛生護理 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