

Acidentes Pessoais

Boletim de Alta

Este boletim deve ser enviado imediatamente à **Liberty Seguros** completamente preenchido com letra legível

Apólice N.º 1001001860

Processo N.º -

Tomador de Seguro

Nome FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE MONTANISMO E ESCALADA

Sinistrado

Nome _____

Idade

Estado _____

Data de Nascimento - -

Antecedentes

Em que data começou V. Exa. a prestar assistência ao Sinistrado? _____

Depois das lesões primitivas, surgiram quaisquer complicações? _____

Em caso afirmativo quais foram e que consequências tiveram? _____

O sinistrado sofre de enfermidades susceptíveis de agravar as consequências ou de demorar a cura das lesões? _____

Por exemplo: reumatismo, varizes, diabetes, epilepsia, etc. _____

Diagnóstico definitivo _____

Do acidente resultou Incapacidade Temporária? _____

Incapacidade

Tratamento ambulatório	s/ incapacidade	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	incapacidade temporária absoluta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	incapacidade temporária parcial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> de 0, _____
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> de 0, _____
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	a	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> de 0, _____

Causa da cessação do tratamento _____

Conclusões

No caso de ter resultado Incapacidade Permanente descrever minuciosamente em que consistiu, mencionando a percentagem da desvalorização correspondente

Médico assistente

Nome _____ NIF

Morada _____

 - -

Assinatura

Parecer Clínico

Serviços Clínicos da Liberty Seguros

