

## 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 MONTANHISMO 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"/>	a	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	incapacidade temporária absoluta	<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"/>	a	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
incapacidade temporária parcial	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	a	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	de 0,	_____
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	a	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	de 0,	_____
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	a	<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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_