

## 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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				a	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
incapacidade temporária absoluta	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				a	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
incapacidade temporária parcial	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				a	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				de 0, _____	
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				a	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				de 0, _____
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				a	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				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

---



---



---



---