Liberty Seguros

Av. Fontes Pereira de Melo, 6 – 11º 1069-001 Lisboa Fax: 213 553 300
Serviço **atendimento** telefónico:
Linha de Assistência 808 243 000 / +351 213 124 300 (no estrangeiro)
Atendimento Personalizado das 9h às 17h, todos os dias úteis
Atendimento Permanente 24h por dia, 365 dias por ano
http://www.libertyseguros.pt

Acidentes Pessoais

Boletim de Exame Médico

Tomador do Seguro

Apólice N.º 1001001860 **Processo N.º** ____ – ___ – _____

Nome FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE MONTANHISMO E ESCALADA

Sinistrado

Nome _____

Idade ____ Estado Civil _____ Profissão _____

Médico Examinador

Nome _____ NIF _____

Morada _____ Código Postal ____ – ___

Acidente

Data do acidente __ – __ – ____ Hora __ : __

Exame Médico

Data do 1.º exame médico __ – __ – ____ Hora __ : __

Tem ou teve o examinado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este sinistro? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, qual? _____

Quais as lesões sofridas? _____

As lesões apresentadas resultam do sinistro participado? Sim ☐ Não ☐

Qual o tratamento prescrito? _____

Foram ou serão efectuados quaisquer exames auxiliares de diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, quais e respectivas datas? _____

Qual o resultado? _____

Esteve ou estará previsto qualquer internamento? Sim ☐ Não ☐ Desde quando? _____

Em caso afirmativo, qual o estabelecimento hospitalar? _____

Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica? Sim ☐ Não ☐ Qual? _____

Incapacidades

☐ Em tratamento ambulatório sem Incapacidade

☐ Tempo provável de Incapacidade Temporária Absoluta: ___ dias

☐ Tempo provável de Incapacidade Temporária Parcial: ___ dias Percentagem: ___ %

☐ Resultará qualquer Incapacidade Permanente? Percentagem: ___ %

_____ __ – __ – ____

_____
Assinatura do médico

MOD. 1080045-A – 07.2014