



Acidentes Pessoais
Boletim de Alta

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

Apólice N.º

Processo N.º

Segurado

Nome do Sinistrado

Estado

Profissão

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 consequência tiveram?

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

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

Diagnóstico Definitivo

Do acidente resultou Incapacidade Temporária?

Tratamento ambulatório	S/ incapacidade	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
	Incapacidade temporária absoluta	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
	Incapacidade temporária parcial	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	de	%	
<input type="text"/>		a	<input type="text"/>	de	%		
<input type="text"/>		a	<input type="text"/>	de	%		

Causa da cessação do tratamento

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

O Médico Assistente

Residente em

Data

N.º Contribuinte

Parecer dos Serviços Clínicos da Liberty Seguros