



Nota: Falsas declarações no preenchimento deste documento implicarão a anulação do sinistro.

Boletim de Alta Médica

Acidentes Pessoais/Doença/Hospitalização/Responsabilidade Civil Danos Corporais

Apólice No.:-

(Preencher as partes sombreadas)

Segurado	
----------	--

O Sinistrado	
--------------	--

Data do exame		Local	
---------------	--	-------	--

Data do início da assistência ao Sinistrado	
Data do último exame efectuado ao Sinistrado	

Depois das lesões primitivas verificaram-se complicações adicionais?	
Em caso afirmativo de que tipo?	
Com que consequências?	

Após a Alta Médica a situação clínica do Sinistrado é considerada completamente consolidada??	
---	--

Fica com Invalidez Permanente? (Se sim indicar % e anexar relatório pormenorizando a forma de calculo)	
---	--

O Sinistrado esteve:

	de	a
Hospitalizado		
Com Incapacidade Temporária Absoluta		
Com Incapacidade Temporária Parcial de _____%		
Com Incapacidade Temporária Parcial de _____%		
Com Incapacidade Temporária Parcial de _____%		

Sem Incapacidade desde	
------------------------	--

Sinistrado com alta em:	
--------------------------------	--

Totalmente curado em:	
------------------------------	--



Observações adicionais	

Identificação do Médico			
Morada		Telefone	

No.de inscrição na Ordem dos Médicos	
--------------------------------------	--

Data e local

Assinatura
