

## Boletim de Alta Médica

Acidentes Pessoais/Doença/Hospitalização/Responsabilidade Civil Danos Corporais

Apólice No.

Segurado:

Sinistrado:

Data do Exame:

Data do início da assistência ao Sinistrado:

Data do último exame efetuado 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 cálculo)

O Sinistrado esteve:

	de	a
Hospitalizado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Absoluta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Parcial de ____%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Parcial de ____%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Parcial de ____%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sem Incapacidade desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:

--

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