

Allianz Acidentes Pessoais

Boletim de Baixa

A preencher pelo Médico Assistente

Apólice _____ Processo _____

Tomador do Seguro:

Nome _____

NIF _____ Telefone _____ E-mail _____

Sinistrado:

Nome _____

Morada _____ NIF _____

Código postal _____ Localidade _____

Concelho _____ Telefone _____

Assistência Médica:

Data em que foi prestada a 1ª assistência _____ Diagnóstico _____

Tratamento recomendado (com receituário) _____

Foram feitas radiografias? Não Sim Foram feitos outros exames de diagnóstico? Não Sim, quais? _____

Resultados dos exames efetuados (juntar cópia(s) do(s) Relatório(s) dos Exames) _____

Outras Informações:

Doença ou defeito físico que possa ter contribuído para o acidente _____

A descrição do acidente ajusta-se às lesões observadas? Não Sim, porquê? _____A cura das lesões poderá ser dificultada/prejudicada por anterior doença do sinistrado? Não Sim, de que forma? _____

Prevê-se para o sinistrado: Sem Incapacidade para o trabalho (SI)*

Incapacidade Temporária de Nível 1** de _____ %, por _____ dias,

Incapacidade Temporária de Nível 2** de _____ %, por _____ dias,

fique portador de Invalidez Permanente de _____ %,

Exclusivamente no caso de Seguro Proteção Infantil:

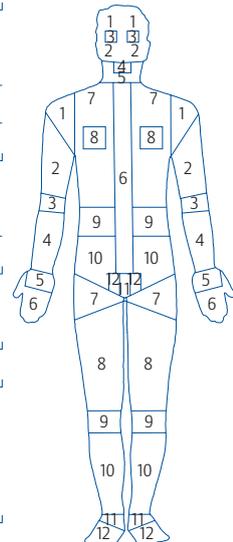
 Necessidade de assistência de mãe, pai ou equiparado durante _____ dias,

(neste caso juntar documento comprovativo da ausência ao trabalho)

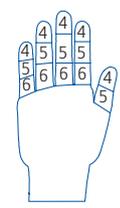
Assinalar com um "X" o local da lesão

Direita funcional

Mão direita



Mão esquerda



Médico Assistente:

Nome completo _____

Nº cédula profissional _____ Data _____ Assinatura _____

* Sem incapacidade - Quando o sinistrado que exerça ou não profissão remunerada, apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.

** Níveis de Incapacidade Temporária Absoluta: Nível 1 - Enquanto a Pessoa Segura se encontra hospitalizada ou acamada por indicação médica.

Nível 2 - Enquanto a Pessoa Segura, continue sem poder exercer a sua actividade profissional remunerada.