

# **ANEXO 3**

## **Boletim de alta**

## Boletim de Alta Médica

Acidentes Pessoais/Doença/Hospitalização/Responsabilidade Civil Danos Corporais

Apólice No.

Segurado:

Sinistrado:

Data do Exame: Local:

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