

VICTORIA 3 + - Boletim de Alta

| | |
|-------------------|-----------------|
| Ramo | Apólice |
| | 11003909 |
| Processo Sinistro | |
| Nº | |

| | | | |
|-----------------------------|--|------------------------|---|
| Do Tomador | Nome | | Telef. |
| | Morada | Localidade | Cod. Postal |
| Do Sinistrado | Nome | | Telef. |
| | Morada/Clube | Localidade | Cod. Postal |
| Exame médico | Data e hora da 1ª observação ____/____/____ às ____ h | | |
| | Sintomatologia apresentada | | |
| Das Consultas e tratamentos | Diagnóstico: | | |
| | Data | Terapêutica/Tratamento | Rubrica |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Dos Exames | Exames efectuados <input type="radio"/> Radiografias <input type="radio"/> Análises clínicas <input type="radio"/> Exames especiais | | Houve complicações nas lesões inicialmente observadas ? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Em caso afirmativo, indique quais: _____ |
| | (Enviar os exames efectuados a este Boletim de Alta para a VICTORIA) | | |
| Da Incapacidade | O Sinistrado esteve: | | |
| | <input type="radio"/> Sem incapacidade desde ____/____/____ <input type="radio"/> Com Incapacidade Temporária Absoluta: <input type="radio"/> em tratamento domiciliário de ____/____/____ a ____/____/____ <input type="radio"/> em tratamento ambulatorio de ____/____/____ a ____/____/____ <input type="radio"/> Com Incapacidade Temporária Parcial de ____% de ____/____/____ a ____/____/____ | | |
| Da Alta | Causas da cessação do tratamento: | | |
| | <input type="radio"/> Abandono <input type="radio"/> Foi transferido para _____ <input type="radio"/> O Sinistrado fica em perfeitas condições de integridade física e anatômica <input type="radio"/> O Sinistrado, em face da Tabela de Incapacidades da apólice, fica afectado com uma Invalidez Permanente de ____% Descreva essa Invalidez _____ _____ | | |
| Assinatura | Nome do médico (bem legível) _____ | | |
| | Morada _____ | Telefone _____ | |
| | Contacto: _____ | Telefone _____ | |
| | _____, ____ de ____ de ____ | | |