

VICTORIA 3 + - Boletim de Alta

Ramo	Apólice
	10795669
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 _____		