

# ACIDENTES PESSOAIS

## BOLETIM DE ALTA DEFINITIVA



ENTRADA NA SEGURADORA	
Sucursal/Escritório	Núcleo de Indemnização
D D M M A A A A A A	D D M M A A A A A A

Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Ramo		Apólice		Processo	
Tipo de Seguro					

### TOMADOR DE SEGURO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome		N.º Contribuinte	
Morada		Código Postal	

### SINISTRADO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome					
Morada					
Data de Nascimento		Profissão		Telefone	
N.º Contribuinte		N.º Beneficiário Segurança Social			

### CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Descrever pormenorizadamente o acidente, mencionando, designadamente, os acontecimentos que lhe deram origem e também os que conduziram à Lesão, substâncias, equipamentos e ferramentas que usava, etc.

Descrever a tarefa executada pelo Sinistrado no momento do Acidente

### TRATAMENTO EFECTUADO AO SINISTRADO

Prescrição Terapêutica							
Em Tratamento Ambulatório de		a		e de		a	
Hospitalizado em		de		a			
Doenças Intercorrentes ou Coexistentes							
Fez Exames Radiológicos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, em que datas?					
Fez Análises?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, em que datas?					
Outros Exames efectuados							
Doenças anteriores?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, quais?					
Acidentes anteriores (Datas e Desvalorizações)							

### ESTADO ACTUAL DAS LESÕES

### INCAPACIDADE

O Sinistrado esteve com	Percentagem	Períodos			
<input type="checkbox"/> Com Incapacidade Temporária Absoluta		De		a	
<input type="checkbox"/> Com Incapacidade Temporária Parcial		De		a	
<input type="checkbox"/> Com Incapacidade Temporária Parcial		De		a	
<input type="checkbox"/> Com Incapacidade Temporária Parcial		De		a	
<input type="checkbox"/> Sem Incapacidade		Desde			

### CONCLUSÕES

Causas de cessação do Tratamento	
O Sinistrado pode retomar o trabalho em	Com: <input type="checkbox"/> Alta, Curado Sem Desvalorização
	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Parcial (IPP) de <input type="text"/> % (segundo a TABELA DE DESVALORIZAÇÕES PARA INVALIDEZ PERMANENTE que faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice, inscrita no verso deste Boletim)
Observações	

### DADOS MÉDICOS

Nome			
Morada			
N.º Contribuinte		N.º Cédula	
		O Médico	

INSTRUÇÕES NO VERSO

