

SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS

BOLETIM DE EXAME E ALTA

CERTIFICADO MÉDICO

Apólice

Elementos de Identificação

Pessoa Segura _____

N.º Cont. _____ IBAN _____

Profissão _____ Telefone _____ Telemóvel _____

Clube _____ N.º Atleta _____ Data Nascimento ____/____/____

Data do Sinistro ____/____/____ Jogo Treino Outro

Assistência Clínica

Exame Médico Realizado ____/____/____ Na Clínica _____

Diagnóstico _____

Lesões _____

Lesões resultantes do Acidente participado? Sim Não

Se respondeu "Não". Justifique _____

(Em caso de resposta negativa deverá contactar-se de imediato a G.A. que decidirá qual o procedimento a adoptar)

Terapêutica Instituída _____

Data da Alta ____/____/____ Sem IPP Com IPP Grau de IPP atribuído

Discriminação do Grau do IPP atribuído _____

Assinatura do Médico

Nome _____ Cédula N.º _____