

Ramo		Comp.		Apólice N.º			
0	0						

Ramo		Ano		Processo			
A	P						

Esta participação deverá ser enviada ao Segurador dentro do prazo máximo de 8 dias após o acidente, com o Boletim de Exame Médico completamente preenchido e assinado pelo médico assistente.

TOMADOR DO SEGURO – SINISTRADO

Tomador do seguro N.º de Ident. Fiscal

Nome

Morada

Localidade Cód. Postal -

Sinistrado N.º de Ident. Fiscal

Nome

Data nasc. Nacionalidade Naturalidade

Morada

Localidade Cód. Postal -

Telemóvel Telefone Outro telefone

Documento de Identificação: B.I. Cartão de Cidadão Passaporte Outro

N.º Validade

Profissão

ACIDENTE / TESTEMUNHAS

Data Hora :

Local

Freguesia Concelho

Descrição pormenorizada da forma como ocorreu o acidente: _____

Natureza da lesão: _____ Parte do corpo atingida: _____

Existem testemunhas presenciais? Sim Não

Identifique-as:

Nome

Morada

Localidade Cód. Postal -

Telemóvel Telefone Outro telefone

Nome

Morada

Localidade Cód. Postal -

Telemóvel Telefone Outro telefone

SITUAÇÃO CLÍNICA RESULTANTE

Tipo de socorro prestado imediatamente após o acidente: _____

Nome do médico que o prestou: _____

Houve recurso a Hospital / Entidade clínica? Sim Não Qual? _____Foi dada indicação desta Apólice? Sim Não Houve internamento? Sim Não Houve despesas com medicamentos? Sim Não O sinistrado já se encontra curado? Sim Não **OUTRAS INFORMAÇÕES**O sinistrado / lesado está a coberto de outras Apólices de Acidentes Pessoais? Sim Não

Em caso afirmativo, indicar Segurador, n.º Apólice, riscos cobertos e respectivos valores seguros: _____

Este sinistro está coberto por alguma Apólice de Acidentes de Trabalho? Sim Não

Em que Segurador? _____ Processo n.º _____

ASSINATURA

O Tomador do seguro

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador do seguro ou de quem legalmente o represente,
conforme documento de identificação)

BOLETIM DE EXAME MÉDICOSinistrado 1.^a observação: Data Hora : Antecedentes: IP anterior _____ % Ano

As lesões de que o sinistrado é portador relacionam-se com o acidente? _____

E com a data indicada do acidente? _____

Diagnóstico (pormenorizado e legível)

Código ICD9

<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Especialidades requisitadas

Foi ou vai ser feito algum exame complementar de diagnóstico? Sim Não Qual?**Situação clínica**O acidente dará lugar a: IPP provável? Sim Não _____ %ITA _____ dias a partir de ITP _____ % _____ dias a partir de

SI a partir de _____

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Nome _____

Morada _____

Nome do Médico _____

N.º da Cédula Profissional _____

O Médico