

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 MÉDICO**Sinistrado 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