

CLIENTE:
APÓLICE:
1. TOMADOR DO SEGURO

Nome			
Morada		Localidade	
Cód. Postal	País	Telefone	Telefax
-			

2. SINISTRADO

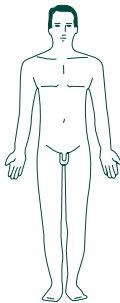
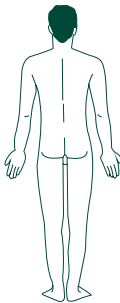
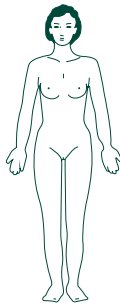
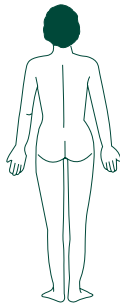


Nome Completo			
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Ramo actividade	Perf. CAE
Nº Contribuinte		Nº BI / Cartão Cidadão	
Data de Nascimento	Nacionalidade	Carta de Condução	
		N.º Data de Emissão	
Morada		Localidade	
Cód. Postal	País	Telefone	Telefax
-			
E-mail			Telemóvel

3. ACIDENTE

Data	Hora	Local:
	h m	
Descrição		
Quem prestou a primeira assistência? (Posto/ Hospital/ Clínica/ Médico)		
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Matrícula:
		Condutor:
Proprietário:	Apólice:	Seguradora:
Autoridade que tomou conta da ocorrência (remeter o auto à seguradora):		De quem é a responsabilidade?

4. OBSERVAÇÕES

BOLETIM DE EXAME MÉDICO E DE ALTA - A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE
5. DIAGNÓSTICO

6. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

