

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 % (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

MUITO IMPORTANTE

Chama-se a especial atenção de V. Exa. para o seguinte:

(*) INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA - Considera-se quando a lesão retenha **obrigatória e continuamente** em casa o sinistrado, tornando-o incapaz de atender aos seus negócios ou ocupações habituais.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARCIAL - Considera-se quando a lesão torne o sinistrado incapaz de atender apenas **em parte** os seus negócios ou ocupações habituais.

(*) INVALIDEZ PERMANENTE

TABELA PARA SERVIR DE BASE AO CÁLCULO DAS INDEMNIZAÇÕES DEVIDAS POR INVALIDEZ PERMANENTE COMO CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE

| A - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL | % | MEMBROS INFERIORES | % |
|---|-------|--|----|
| - Perda total dos dois olhos ou da visão dos dois olhos | 100 | - Desarticulação dum membro inferior pela articulação coxo-femural ou perda completa do uso dum membro inferior | 60 |
| - Perda completa de uso dos dois membros inferiores ou superiores | 100 | - Amputação da coxa pelo terço médio | 50 |
| - Alienação mental incurável e total, resultante directa e exclusivamente dum acidente | 100 | - Perda completa do uso dum membro inferior | 40 |
| - Perda completa das duas mãos ou dos dois pés | 100 | - Perda completa do pé | 40 |
| - Perda completa dum braço e dum pé ou dum pé e de uma perna | 100 | - Fractura não consolidada da coxa | 45 |
| - Perda completa dum braço e dum pé ou dum pé e dum pé | 100 | - Fractura não consolidada dum pé | 40 |
| - Hemiplegia ou paraplegia completa | 100 | - Amputação parcial dum pé, compreendendo todos os dedos e uma parte do pé | 25 |
| B - INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL | | - Perda completa do movimento da anca | 35 |
| CABEÇA | | - Perda completa do movimento do joelho | 25 |
| | % | - Anquilose completa do tornozelo em posição favorável | 12 |
| - Perda completa dum olho ou redução a metade da visão biocular | 25 | - Sequelas moderadas de fractura transversal da rótula | 10 |
| - Surdez total | 60 | - Encurtamento dum membro inferior em: | |
| - Surdez completa dum ouvido | 15 | 5 cm ou mais | 20 |
| - Síndrome pós-comocional dos traumatismos cranianos, sem sinal objectivo | 5 | 3 a 5 cm | 15 |
| - Epilepsia generalizada pós-traumática, uma ou duas crises convulsivas por mês, com tratamento | 50 | 2 a 3 cm | 10 |
| - Anosmia absoluta | 4 | - Amputação do dedo grande do pé com o seu metatarso | 10 |
| - Fractura dos ossos próprios do nariz do septo nasal com mal-estar respiratório | 3 | - Perda completa de qualquer dedo do pé, com exclusão do dedo grande | 3 |
| - Estenose nasal total, unilateral | 4 | RAQUIS - TORAX | |
| - Fractura não consolidada do maxilar inferior | 20 | | % |
| - Perda total ou quase total dos dentes: com possibilidade de prótese | 10 | - Fractura da coluna vertebral cervical sem lesão medular | 10 |
| sem possibilidade de prótese | 35 | - Fractura da coluna vertebral dorsal ou lombar: compressão com rigidez raquidiana nítida, sem sinais neurológicos | 10 |
| - Ablação completa do maxilar inferior | 70 | - Cervicalgias com rigidez raquidiana nítida | 5 |
| - Perda de substância do crânio interessando as duas tábuas e com o diâmetro máximo: | | - Lombalgias com rigidez raquidiana nítida | 5 |
| superior a 4 cm | 35 | - Paraplegia fruste, marcha possível, espasmodicidade dominando a paralisia | 20 |
| superior a 2 e igual ou inferior a 4 cm | 25 | - Algias radiculares com irradiação (forma ligeira) | 2 |
| de 2 cm | 15 | - Fractura isolada do esterno com sequelas pouco importantes | 3 |
| MEMBROS SUPERIORES E ESPÁDUAS | | - Fractura unicostal com sequelas pouco importantes | 1 |
| | % | - Fracturas múltiplas de costelas com sequelas importantes | 8 |
| | D. E. | - Resíduos dum derrame traumático com sinais neurológicos | 5 |
| - Fractura da clavícula com seqüela nítida | 5 3 | ABDÓMEN | |
| - Rigidez do ombro, pouco acentuada | 5 3 | | % |
| - Rigidez do ombro, projecção para a frente e a abdução não atingindo 90° | 15 11 | - Ablação do baço, com sequelas hematológicas, sem manifestações clínicas | 10 |
| - Perda completa do uso do movimento do ombro | 30 25 | - Nefrectomia | 20 |
| - Amputação do braço pelo terço superior ou perda completa do uso do braço | 70 55 | - Cicatriz abdominal de intervenção cirúrgica com esventração de 10 cm, não operável | 15 |
| - Perda completa do uso dum pé | 60 50 | | |
| - Fractura não consolidada dum braço | 40 30 | | |
| - Pseudartrose dos dois ossos do antebraço | 25 20 | | |
| - Perda completa do uso do movimento do cotovelo | 20 15 | | |
| - Amputação do polegar: perdendo o metacarpo | 25 20 | | |
| conservando o metacarpo | 20 15 | | |
| - Amputação do indicador | 15 10 | | |
| - Amputação do médio | 8 6 | | |
| - Amputação do anelar | 8 6 | | |
| - Amputação do dedo mínimo | 8 6 | | |
| - Perda completa dos movimentos do punho | 12 9 | | |
| - Pseudartrose dum só osso do antebraço | 10 8 | | |
| - Fractura do 1º metacarpo com sequelas que determinem incapacidade funcional | 4 3 | | |
| - Fractura do 2º metacarpo com sequelas que determinem incapacidade funcional | 2 1 | | |

NOTAS:

As lesões não enumeradas nesta Tabela de Desvalorizações, mesmo de importância menor, são indemnizadas em proporção da sua gravidade comparada com a dos casos enumerados, sem ter em conta a profissão exercida.

Se o sinistrado for canhoto, as percentagens de invalidez para o membro superior direito, aplicam-se ao membro superior esquerdo e reciprocamente.

Este BOLETIM DE ALTA deve ser remetido pelo médico directamente à Seguradora no prazo máximo de 24 HORAS após o seu preenchimento.

Nome

Morada

N.º Contribuinte N.º Cédula

O Médico

,