

ACIDENTES PESSOAIS

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

ENTRADA NA SEGURADORA	
Sucursal/Escritório	Núcleo de Indemnização
D D M M A A A A	D D M M A A A A



Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Ramo	<input type="text"/>	Apólice	<input type="text"/>	Processo	<input type="text"/>
Tipo de Seguro	<input type="text"/>				

TOMADOR DE SEGURO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome	<input type="text"/>	N.º Contribuinte	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>

SINISTRADO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome	<input type="text"/>				
Morada	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>		
Data de Nascimento	<input type="text"/>	Profissão	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>
N.º Contribuinte	<input type="text"/>	N.º Beneficiário Segurança Social	<input type="text"/>		

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

EXAME DIRECTO

Data da 1.ª observação ao sinistrado Local (residência, consultório, etc.)

Causas dos ferimentos e lesões apresentadas (indicar detalhadamente as regiões atingidas)

Diagnóstico das lesões que o sinistrado apresenta

Tratamento efectuado

ELEMENTOS COMPLEMENTARES

(ASSINALE COM)

Há correlação ou ligação entre as lesões existentes e a descrição do acidente feita pelo sinistrado? SIM NÃO

Se assinalou NÃO indique, porquê?

Foi ou parece vir a ser necessária uma intervenção cirúrgica? SIM NÃO

Se assinalou SIM indique, qual e para que fim?

O sinistrado foi radiografado? SIM NÃO

Se assinalou SIM indique, qual o resultado?

No caso de fractura, indicar qual o aparelho ou sistema de imobilização empregado

Sofria o sinistrado, na ocasião do acidente, de qualquer lesão de natureza aguda ou crónica ou doença anterior ao acidente? SIM NÃO

Se assinalou SIM indique, qual?

O sinistrado sofria na ocasião do acidente ou sofre hoje, de qualquer doença não relacionada com as lesões acima descritas? SIM NÃO

Se assinalou SIM indique, qual?

O sinistrado, na ocasião do acidente, estava etilizado ou debaixo da influência de quaisquer estupefacientes/psicotrópicos? SIM NÃO

Tem conhecimento de qualquer facto, na história médica do sinistrado, que tenha ou possa ter contribuído, directa ou directamente,

para o seu estado actual ou que venha ou possa vir a retardar o seu restabelecimento? SIM NÃO

Se assinalou SIM indique, qual?

Companhia de Seguros Açoreana S.A. • Sede Social: Largo da Matriz, 45 / 52 • Apartado 186 • 9501-922 Ponta Delgada • Tel.: 296 302 700 • Fax: 296 302 800

Serviços Centrais: Avenida Barbosa du Bocage, 85 • 1050-030 Lisboa • Tel.: 21 798 40 00 • Fax: 21 799 58 00

Pessoa Colectiva N.º 512 004 048 • Capital Social: 57.250.000 € • Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Ponta Delgada N.º 01530

