

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.	DD MM AAAA
Nacionalidade	
Morada	
Localidade	Cód. Postal
Telemóvel	Telefone
Outro telefone	
Documento de Identificação:	B.I. Cartão de Cidadão Passaporte Outro
N.º	Validade DD MM AAAA
Profissão	

ACIDENTE / TESTEMUNHAS

Data	DD MM AAAA	Hora	HH:MM
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

	,	
	,	
	,	
	,	

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