

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 Natura-  
lidade

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.<sup>a</sup> 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