

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 Naturalidade

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 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

<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