

|      |       |             |
|------|-------|-------------|
| 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. <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> |
| 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 MÉDICO**Sinistrado 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"/> | , | <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