



Apólice n.º --  
 Processo n.º AP--

ESTA PARTICIPAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA À COMPANHIA 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 \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Sinistrado \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 Telemóvel \_\_\_\_\_ N.º Ident. Fiscal \_\_\_\_\_ B.I. n.º \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

**ACIDENTE**

Data do acidente: \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos  
 Local: Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
 Descrição PORMENORIZADA do acidente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Natureza da lesão: \_\_\_\_\_ Parte do corpo atingida: \_\_\_\_\_  
 Houve testemunhos presenciais? Sim  Não  Em caso afirmativo, indicar:

Nome	Morada	Telefone(s)

**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 está a coberto de outras apólices de Acidentes Pessoais? Sim  Não   
 Em caso afirmativo, indicar Companhia, n.º apólice, riscos cobertos e respectivos valores seguros: \_\_\_\_\_  
 Este sinistro está coberto por alguma apólice de Acidentes de Trabalho? Sim  Não   
 Em que Companhia? \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

O TOMADOR DO SEGURO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (Assinatura)

## BOLETIM DE EXAME MÉDICO

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? 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 \_\_\_\_\_

O Médico

\_\_\_\_\_