

Participação de Sinistro

Acidentes Pessoais

(preencher com maiúsculas)

Apólice nº. - Sinistro nº.

Nome do Segurado

Nome do Lesado

Morada

Código postal -

Telefone Telemóvel

Email @

Data do acidente

Local do acidente

Descrição pormenorizada do acidente

Prestados os primeiros socorros em Por quem?

Quem presenciou o acidente?

Nome Contacto

Nome Contacto

Nome Contacto

Nome Contacto

Tem outro seguro de acidentes pessoais? ☐ S ☐ N Se sim, em que segurador?

Feito em

O segurado ou seu representante

Boletim de Exame (a preencher pelo Médico)

Data em que foi chamado a prestar assistência ao acidentado | A | A | A | A | M | M | D | D

Em que data se verificou o acidente? A A A A M M D D

Ao acidentado já haviam sido prestados os primeiros socorros (por Posto de Enfermagem, Hospital, etc)? S N

Lesões

Sintomas objetivos notados

Diagnóstico definitivo |

Além das consequências do acidente notou outras lesões ou doenças? S N

Se sim, quais?

É de prever incapacidade temporária? ☒ S ☐ N É de prever incapacidade absoluta? ☒ S ☐ N

Em caso afirmativo, em quantos dias?

Tratamento

Forma de tratamento |

Tratamento prescrito |

Exames complementares |

Médico

Nome _____

Morada

Código postal

Localidade

A A A A M M D D

Data do exame

Assinatura do Médico