

N.º APÓLICE \_\_\_\_\_ PROCESSO DE SINISTRO N.º \_\_\_\_\_

### TOMADOR DO SEGURO

NOME \_\_\_\_\_  
MORADA \_\_\_\_\_  
LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
RAMO DE ACTIVIDADE \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_  
N.º CONTRIBUINTE \_\_\_\_\_  
NIB \_\_\_\_\_

### SINISTRADO

NOME \_\_\_\_\_  
MORADA \_\_\_\_\_  
LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
RAMO DE ACTIVIDADE \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_  
N.º CONTRIBUINTE \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO  
NIB \_\_\_\_\_

### ACIDENTE

DATA DA OCORRÊNCIA \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO HORA \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
HORA MIN.  
LOCAL \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_  
DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
QUAL A TAREFA QUE EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE ? \_\_\_\_\_

LESÕES PRODUZIDAS \_\_\_\_\_  
O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO ? NÃO  SIM   
O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO ? NÃO  SIM   
EM QUAL COMPANHIA ? \_\_\_\_\_ N.º DA APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL \_\_\_\_\_  
ANTERIORMENTE TEVE LESÕES NA MESMA REGIÃO DO CORPO ? NÃO  SIM   
O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE ? NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, ATÉ QUANDO ? \_\_\_\_\_  
EM QUE HOSPITAL / CLÍNICA FORAM PRESTADOS OS PRIMEIROS SOCORROS ? \_\_\_\_\_  
LOCALIDADE \_\_\_\_\_ INDIQUE O NOME DO MÉDICO ASSISTENTE \_\_\_\_\_  
DEPOIS DE ASSISTIDO O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE ATENDER A QUALQUER OUTRA OCUPAÇÃO ? \_\_\_\_\_  
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, ONDE ? \_\_\_\_\_  
QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS CLÍNICOS ? \_\_\_\_\_

### EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO INDIQUE:

NOME DO CONDUTOR \_\_\_\_\_  
N.º CARTA DE CONDUÇÃO \_\_\_\_\_ MATRÍCULA DA VIATURA \_\_\_\_\_  
FOI LEVANTADO ALGUM AUTO PELAS AUTORIDADES ? NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, QUAL ? \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

1. NOME \_\_\_\_\_  
MORADA \_\_\_\_\_  
É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? \_\_\_\_\_  
2. NOME \_\_\_\_\_  
MORADA \_\_\_\_\_  
É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? \_\_\_\_\_

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO \_\_\_\_\_ DIA MÊS ANO \_\_\_\_\_ O SEGURADO \_\_\_\_\_

