

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO SEGURO ESCOLAR

TODOS OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS COM LETRAS MAIÚSCULAS

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.

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

APÓLICE N.º - -

PROCESSO N.º - -

TOMADOR DO SEGURO / SINISTRADO

TOMADOR DO SEGURO _____

MORADA _____

PROVÍNCIA _____ TELEFONE _____

SINISTRADO _____

MORADA _____

PROVÍNCIA _____ TELEFONE _____

TELEMÓVEL _____ N.º IDENT. FISCAL _____ B.I. N.º _____

DATA DE NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE _____, ÀS _____ HORAS E _____ MINUTOS

LOCAL: FREGUESIA _____ CONSELHO _____

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE: _____

NATUREZA DA LESÃO: _____ PARTE DE CORPO ATINGIDO: _____

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 INDICAÇÕES 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 DE SEGURO

_____, _____ DE _____ DE _____

(ASSINATURA)

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

1ª OBSERVAÇÃO DATA _____ HORAS _____ — _____

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 ICG9

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ESPECIALIDADES REQUISITADAS

FOI OU 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

NOMES _____

MORADA _____

NOME DO MÉDICO _____

O MÉDICO
