

# Participação de Sinistro

## Acidentes Pessoais

Apólice N°

Sinistro N°

Nome do Segurado

Nome do Lesado

Morada

Código Postal  -   Telefone

Email  Telemóvel

Data do acidente?

Local do acidente

Descrição pormenorizada do acidente

Prestados os primeiros socorros em  Por quem?

Quem presenciou o acidente?

• Nome

• Contactos

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

Feito em

Assinatura do Segurado ou do seu representante

**BOLETIM DE EXAME** (a preencher pelo Médico)

Data em que foi chamado a prestar assistência ao acidentado?

Em que data se verificou o acidente?

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

Quais?

É de prever incapacidade temporária?  S  N

É de prever incapacidade absoluta?  S  N

Em quantos dias?

**Tratamento:**

Forma de tratamento

Tratamento prescrito

Exames complementares

**Médico**

Nome

Morada

Código Postal  -

Data do exame

Assinatura do Médico