



Apólice Nº

Processo Sinistro Nº

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO OU PELA ENTIDADE QUE OBSERVA O SINISTRADO E DIAGNOSTICA AS CONSEQUÊNCIAS.  
AGRADECE-SE AOS EXMOS MÉDICOS O TOTAL E LEGÍVEL PREENCHIMENTO

1. Nome do Tomador do Seguro

Nome do Sinistrado

2. Acidente ocorrido em:      Ano      Mês      Dia      em (local)

Como foi descrito o acidente?

3. Local e data da observação:

Diagnóstico:

Terapêutica aconselhada:

4. Enfermidade, defeito físico, perturbação eventual, que possa ter contribuído para o acidente ou gravidade das lesões.

Há relação entre as lesões observadas e a descrição do acidente?

Há doença que possa influenciar a cura das lesões?

5. Em face da observação feita, o Sinistrado: (Assinalar com X ou completar o que for aplicável)

Pode regressar ao trabalho     Recolhe ao domicílio     Fica em tratamento ambulatório

Fica hospitalizado em:

6. Previsão da incapacidade para o exercício da profissão: (Assinalar com X ou completar o que for aplicável)

Não existe     Temporária Absoluta de \_\_\_\_\_ dias

Temporária Parcial de \_\_\_\_\_ dias     Permanente Parcial \_\_\_\_\_ %     Permanente Total

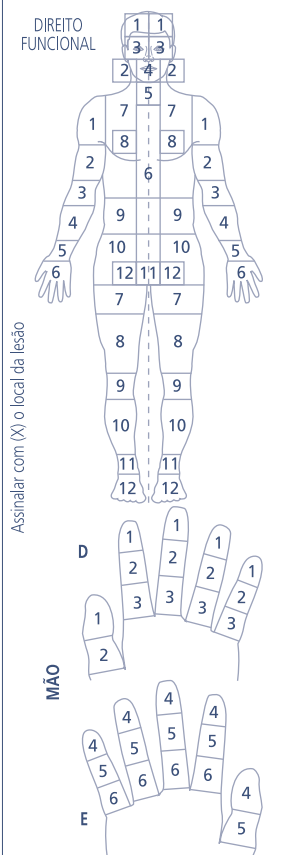
7. Médico

Nome

Morada

Código Postal      -      Localidade

Telefone      Fax



O ENVIO DESTE BOLETIM AO SEGURADOR DEVERÁ SER FEITO COM A MAIOR URGÊNCIA

Local e Data      Assinatura do Médico



