

☐ ACIDENTES PESSOAIS
☐ OCUPANTES DE VIATURAS
☐ VIAGENS

CLIENTE:

RAMO: [] [] [] [] [] [] APÓLICE: [] [] [] [] [] []

Nome Completo						E-mail					
Morada										NIF	
Local do sinistro										Telefone	
Freguesia				Concelho				País			

Nome Completo																					
Título / R. Social				Sexo F ☐ M ☐		Profissão / Atividade				Perf.		CAE			NIF				Nº B.I. / Cartão Cidadão		
Data de Nascimento						Nacionalidade						Carta de condução			1ª Data de Emissão						
Morada												Localidade									
Cód. Postal										País					Telefone						
E-mail															Telemóvel						

Data:										Hora:										Local:																			
Descrição:																																							
Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)																																							
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo?															Sim ☐					Não ☐					Matrícula:										Condutor:				
Proprietário:															Apólice:										Seguradora:														
Autoridade que tomou conta da ocorrência: (remeter auto à seguradora)																				De quem é a responsabilidade?																			

Nome:									
Data de preenchimento:				Assinatura:					

6. DIAGNÓSTICO

[illegible][illegible]

8. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA

Desde: | | | | | | | | Até: | | | | | | | |

9. INVALIDEZ PERMANENTE

% de desvalorização: | | | (1) Data de alta: | | | | | | | |

10. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARCIAL

% Desv.	Desde	Até	% Desv.	Desde	Até	% Desv.	Desde	Até

NATUREZA DAS INCAPACIDADES

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA (ITA) - Enquanto o sinistrado *que exerça profissão determinada*, se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho, ainda que seja o de instruir, dirigir ou vigiar os seus subordinados; e para o sinistrado *que não exerça profissão determinada*, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARCIAL (ITP) - Enquanto o sinistrado *que exerça profissão determinada*, se encontre, apenas em parte, inibido de atender ao seu trabalho, nas condições da alínea precedente; e para o sinistrado *que não exerça profissão determinada*, enquanto esteja sob tratamento médico, mas não já obrigado a permanecer no seu domicílio.

SEM INCAPACIDADES (SI) - Quando o sinistrado *que exerça* ou *não profissão determinada* apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada impeçam de exercer as suas ocupações normais.

(1) Aplicar a respetiva tabela constante da apólice.

11. DOENÇAS COEXISTENTES OU ANTERIORES E / OU EFEITOS FÍSICOS

Há relação entre as lesões e a descrição do acidente? Sim ☐ Não ☐		Há doença que possa influenciar a cura das lesões? Sim ☐ Não ☐	
---	--	--	--

12. FACE À OBSERVAÇÃO

Pode regressar ao trabalho ☐	Recolhe ao domicílio ☐	Fica em tratamento ambulatório ☐
Fica hospitalizado em:		
Terapêutica aconselhada:		

13. MÉDICO

Nome Completo		Nº Cédula Profissional	
Morada		Localidade	
Cód. Postal	Pais	Telefone	
-			

Assinatura do Médico

_____, ____/____/____