

## Formulário – Descrição de acidente

(A ser preenchido pelo Pessoa Segura ou Representante Legal)

### Dados da Pessoa Segura

<b>Nome:</b>	<b>N.º do Cartão:</b>
<b>N.º de Tel. Contacto:</b>	<b>E-mail:</b>

<b>1. DATA E HORA</b>	<b>2. LOCAL</b>
Data da Ocorrência: ____/____/____	Local:

### 3. TIPO DE ACIDENTE:

<b>3.1 ACIDENTE DESPORTIVO</b>
Modalidade:

#### Tipo de Prática Desportiva:

Profissional <input type="checkbox"/>	Participação em Competições Organizadas <input type="checkbox"/>	Lazer <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--	--------------------------------

<b>3.2 ACIDENTE ESCOLAR</b>	
Nome da Companhia de Seguros:	Nº Apólice:
Houve participação do acidente ao Seguro escolar? <span style="margin-left: 100px;">Sim <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 100px;">Não <input type="checkbox"/></span>	

<b>3.3 ACIDENTE TRABALHO</b>	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Circunstâncias em que ocorreu	

<b>3.4 ACIDENTE VIAÇÃO</b>	
Companhias de Seguro envolvidas:	Nº de Apólices:
a)	a)
b)	b)
Motivo da deslocação:	
<b>Documentação de envio obrigatório</b> (caso se aplique): 1. Auto de ocorrência e 2. Indicação da Taxa de Alcoolemia (caso não venha indicada no auto de ocorrência);	

<b>3.5 OUTRO ACIDENTE</b>	
Descrição pormenorizada do acidente e em caso de deslocação o motivo da mesma, nomeadamente local de onde vinha e local para onde se dirigia	

<b>3.6 DOCUMENTAÇÃO DE ENVIO OBRIGATÓRIO (CASO SE APLIQUE):</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Declaração da Companhia de Seguros em como não participa as despesas;</li> <li>2. Nota de alta em caso de internamentos médicos ou cirúrgicos relacionados com o acidente;</li> <li>3. Comprovativo de assistência em serviço de urgência, inequivocamente relacionado com o presente episódio.</li> </ol>	

**Assinatura do Doente ou seu Representante Legal:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_