

## Formulário – Descrição de acidente

(A ser preenchido pela Pessoa Segura ou Representante Legal)

**Dados da Pessoa Segura**

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| Nome:                 | N.º do Cartão: |
| N.º de Tel. Contacto: | E-mail:        |

|                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| <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? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| <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)<br>b)                                                                                                                                                                   | a)<br>b)        |
| Motivo da deslocação:                                                                                                                                                      |                 |
| <b>Documentação de envio obrigatório</b> (caso se aplique):<br>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>                             |  |
| 1. Declaração da Companhia de Seguros em como não comparticipa as despesas;                 |  |
| 2. Nota de alta em caso de internamentos médicos ou cirúrgicos relacionados com o acidente. |  |

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

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

Para mais informações contactar o nº que consta no verso do seu cartão. Este documento deverá ser enviado por uma das seguintes vias:

- **Web:** Formulário disponível em [www.advancecare.pt](http://www.advancecare.pt) (secção Contactos / opção "Para assuntos relacionados com processos de pré-autorização clínica, clique aqui.")
- **Fax:** 21 322 80 03
- **Morada:** Indicada no verso do seu cartão