

Tomador _____ N.º de Apólice _____ Data do Acidente __/__/____
Sinistrado _____ Data de Nascimento: __/__/____
Idade _____ Profissão _____ Telefone _____
1ª Assistência (Entidade Hospitalar) _____

Descrição do Acidente: _____

Data do primeiro exame __/__/____ | Hora ____:____

Data do último exame __/__/____ | Hora ____:____

Depois das lesões observadas inicialmente, apresentaram-se complicações? _____ Se sim, pormenorizar. Qual o estado atual das lesões sofridas? _____

Diagnostico _____

Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamentos efetuados: _____ Se sim, quais: _____

SITUAÇÃO CLÍNICA | Durante o tratamento o sinistrado esteve:__/__/____ a __/__/____ SI ITA ITP: ____%__/__/____ a __/__/____ SI ITA ITP: ____%__/__/____ a __/__/____ SI ITA ITP: ____%__/__/____ a __/__/____ SI ITA ITP: ____%**ALTA:**

Data da Alta: __/__/____

Motivo:

- Recusa – Sem nexos causalidade
- Transferência para _____
- Abandono de tratamento
- Curado sem desvalorização
- I.P.P. de ____%
- I.P.T.H. c/ IPP de ____%
- I.P.A.
- Morte
- Alta com situação anterior

Apoio Terceira Pessoa **SIM** Horas/dia _____ Nr de Dias _____ **NÃO** **OBSERVAÇÕES :** _____

Prestador _____ Nome do Médico _____
Ordem Médicos nº _____ O Médico _____
_____, __/__/____ _____
(ASSINATURA)