

--

**TOMADOR DE SEGURO**

Ocorrência | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | | | | | |

Nome: CONFEDERAÇÃO DO DESPORTO DE PORTUGAL  
Morada: Rua Eduardo Augusto Pedroso, nº 11 A Código Postal 1495-047 Algés  
Federação a que pertence a Pessoa Segura: \_\_\_\_\_



**ACIDENTE**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Local \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)**

**Dados Pessoais**  
Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Data Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Tels.: Res./Principal \_\_\_\_\_ Telm./Contacto \_\_\_\_\_

**Danos Sofridos**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prestação de Assistência Médica**  
1.º Tratamento Médico/Hospitalar \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Foi internado? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

**Médico Assistente**  
Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

**EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO**

**Veículos Envolvidos**  
Matrícula da viatura em que seguiam: \_\_\_\_\_ Seguradora: \_\_\_\_\_ N.º Apólice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
Matrícula da viatura causadora do acidente: \_\_\_\_\_ Seguradora: \_\_\_\_\_ N.º Apólice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Testemunhas**  
Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Autoridade**  
Foi comunicada a ocorrência às autoridades? PSP  GNR  Posto/Brigada/Esquadra \_\_\_\_\_ N.º Processo ou Participação \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ASSINATURAS**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dirigente do Clube a que a Pessoa Segura pertence: \_\_\_\_\_  
Pessoa Segura: \_\_\_\_\_

# ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1. Nome do sinistrado _____ _____	
Data do primeiro exame médico _____ de _____ de _____ às _____ horas.	
2. Quais as lesões sofridas ?	_____ _____ _____ _____ _____
3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente ?	_____ _____ _____
4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente ?  Qual ?	_____ _____ _____
5. DA INCAPACIDADE  Internado no Hospital de _____  Com Incapacidade Temporária Absoluta ? _____ Desde _____ de _____ de _____  Com Incapacidade Temporária Parcial de ? _____ % Desde _____ de _____ de _____  Sem Incapacidade ? _____ Desde _____ de _____ de _____  Duração provável do tratamento : _____ dias	
6. Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica ? _____	
7. Acidentes anteriores e desvalorizações _____	
8. Outros esclarecimentos : _____	
_____, _____ de _____ de _____	
O Médico	
Nome completo _____	
Morada _____	
Assinatura _____	

