

CLIENTE:

APÓLICE: 6 7 2 3 0 0 0

### 1. TOMADOR DO SEGURO

Nome Completo <b>CNE - Agrupamento</b>		E-mail
Morada		NIF
Local do sinistro		Telefone
Freguesia	Concelho	País

### 2. SINISTRADO

Nome Completo						
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Atividade	Perf.	CAE	NIF	Nº B.I. / Cartão Cidadão
Data de Nascimento	Nacionalidade		Carta de Condução Nº	1ª Data de Emissão		
Morada				Localidade		
Cód. Postal	País			Telefone		
E-mail				Telemóvel		

### 3. ACIDENTE

Data:	Hora:	h	m	Local:
Descrição:				
Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)				
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Matrícula:	Condutor:
Proprietário:		Apólice:	Seguradora:	
Autoridade que tomou conta da ocorrência: (remitter auto à seguradora)			De quem é a responsabilidade?	

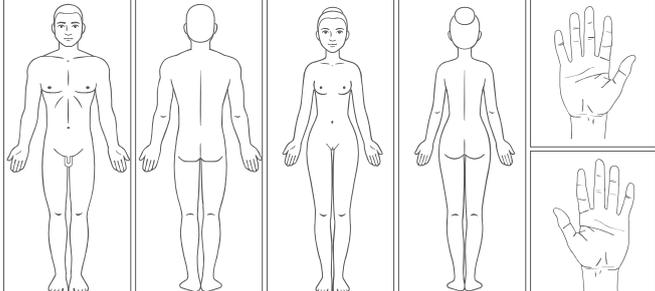
### 4. OBSERVAÇÕES


### 5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

Nome:	
Data de preenchimento:	Assinatura:

### BOLETIM DE EXAME MÉDICO DE ALTA - A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE

### 6. DIAGNÓSTI

### 7. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

Assinatura