

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)