



DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: 0004605201  
Proc./Ocorrência: \_\_\_\_\_

Singular   
Coletiva

**CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO**

Nome: Associação de Atletismo de São Miguel  
Morada: Rua Pintor Domingos Rebelo P.º 4 Cód. Postal: 9500-234 Ponta Delgada  
N.º Contribuinte: 572019673 Data Nasc.:      /      /      Sexo: F  M  Telefone: 296 28 55 79  
Telemóvel: 9175 38878 Email: S.miguel@apatletismo.org  
Profissão: \_\_\_\_\_

**ACIDENTE**

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

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: \_\_\_\_\_ Segurador: \_\_\_\_\_  
N.º Apólice da viatura causadora do acidente: \_\_\_\_\_ Segurador: \_\_\_\_\_

**RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)**

**Dados Pessoais (se diferente do Cliente)**

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_ Data Nasc.:      /      /      Sexo: F  M  Telefone: \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Danos sofridos: \_\_\_\_\_

**Prestação de Assistência Médica**

1.º tratamento Médico/Hospitalar: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Foi internado?  Onde? \_\_\_\_\_

**Médico Assistente**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

**AUTORIDADE**

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

**OBSERVAÇÕES**

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

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo reclamante.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Tomador do Seguro e/ou \_\_\_\_\_  
A 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. 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 efetuada alguma intervenção cirúrgica? \_\_\_\_\_

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: \_\_\_\_\_

8. Outros esclarecimentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(O Médico)

Nome Completo \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_



TRANQUILIDADE

Seguradoras Unidas, S. A.  
SEDE Av. da Liberdade, 242  
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)  
N.º único de Matricula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

☎ Linha Clientes:

707 240 707 / 211 520 310  
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis  
Assistência 24h - 7 dias/semana  
www.tranquilidade.pt clientes@tranquilidade.pt