



DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: 0005917778

Singular

Proc./Ocorrência: \_\_\_\_\_

Coletiva

**CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO**

Nome: Associação Distrital de Judo de Castelo Branco

Morada: Urb. São Tiago Edifício Jardim de Infância Cód. Postal: 6000 - 348 Castelo Branco

N.º Contribuinte: 502024658 Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: F  M  Telefone: \_\_\_\_\_

Telemóvel: 961163839 Email: geral.adjcb@gmail.com

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: \_\_\_\_\_

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

Foi internado? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

**Médico Assistente**

Nome: \_\_\_\_\_

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

**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 Matrícula 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](http://www.tranquilidade.pt) [clientes@tranquilidade.pt](mailto:clientes@tranquilidade.pt)