



DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

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

Singular   
Coletiva

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

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

ACIDENTE

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

Se, se tratar de acidente de viagem 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 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](http://www.tranquilidade.pt) [clientes@tranquilidade.pt](mailto:clientes@tranquilidade.pt)