

ACIDENTE

DATA E HORA EM QUE OCORREU O ACIDENTE	DIA	MÊS	ANO	H	M	LOCAL DO ACIDENTE						
PROVÍNCIA	CONTINUOU A TRABALHAR?					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM ATÉ QUE DATA E HORA?	DIA	MÊS	ANO	H	M
CIRCUNSTÂNCIAS E COMO SE DEU O ACIDENTE												

O ACIDENTE PRODUZIU OS SEGUINTE FERIMENTOS

SOCORRO

ONDE RECEBEU O 1.º TRATAMENTO

O QUE OS MÉDICOS FIZERAM?

O SINISTRADO DEU ENTRADA NO HOSPITAL? QUAL E EM QUE DATA?

DIA	MÊS	ANO
-----	-----	-----

CONTROLE

DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO DO SEGURADO	DIA	MÊS	ANO	(RESPOSTA OBRIGATÓRIA)
REMUNERAÇÃO ILÍQUIDA MENSAL	SUBSÍDIO ALIMENTAÇÃO	OUTRAS REMUNERAÇÕES		
MENOR SALÁRIO DE OPERÁRIOS VÁLIDOS DA MESMA CATEGORIA (3)				
TESTEMUNHAS DO SINISTRO				
NOME			IDADE	
PROFISSÃO	MORADA			
NOME			IDADE	
PROFISSÃO	MORADA			

- (1) Se o sinistro for por culpa de terceiros, mencione tal facto na descrição.
- (2) Se o salário for variável, deve calcular-se pela média dos últimos três meses.
- (3) No caso da vítima ter menos de 16 anos e/ou ser aprendiz.

A ENVIAR À SEGURADORA NO PRAZO DE 24 HORAS.

ASSINATURA DO TOMADOR