

COMBINED INSURANCE COMPANY OF EUROPE, LTD.

ATESTADO MÉDICO

(Este atestado deve ser preenchido por um médico, a expensas da pessoa segura se for caso disso)

Nome da Pessoa Segura: _____ Data de Nascimento: _____

Morada: _____

1. Quando foi a primeira vez que atendeu a pessoa segura em consequência do acidente referido? _____ 2. Continua a atendê-lo? SIM NÃO

3. Em caso de **ACIDENTE**, confirme, por favor:

a) Lesões sofridas: _____ b) Data do acidente: _____

1) Zonas do corpo afectadas (se for mão ou braço, pé ou perna, diga se se trata do esquerdo ou direito): _____

1a) Se for membro superior, indique, por favor, se a pessoa segura é destra ou canhota: _____

2) Natureza e extensão das lesões: _____

3) São os sintomas de que o participante se queixa devidos:

(i) apenas ao acidente ou

(ii) atribuíveis a qualquer outra causa? Se sim, dê detalhes, por favor: _____

4) Tanto quanto é do seu conhecimento, qual foi a causa do acidente? _____

5) Que tratamento foi efectuado? _____

4. Se é o médico habitual que trata a pessoa segura, conhece algo da história do seu paciente que possa ter contribuído directa ou indirectamente para a ocorrência do acidente ou possa de alguma forma retardar a sua recuperação?

9. Se o participante já sofreu anteriormente das presentes lesões físicas, indique p.f. quando e que tratamento lhe foi dado: _____

6. Está ou esteve a pessoa segura confinada à sua cama, quarto ou casa em resultado do acidente? Se sim, forneça, por favor as datas, referindo se foi por indicação sua: _____

5. a) Desde que data está o participante incapacitado de executar qualquer trabalho devido ao acidente sofrido? De: _____ A: _____
primeiro dia de incapacidade total último dia de incapacidade total

b) Desde que data está o participante incapacitado de executar algum trabalho devido ao acidente sofrido? De: _____ A: _____
primeiro dia de incapacidade parcial último dia de incapacidade parcial

Se o participante é um estudante, indique p.f. a) a data em que o estudante não podia comparecer na escola de todo, e b) comparecendo na escola, não podia participar em todas as actividades

6. Se a pessoa segura sofreu perda da visão, fala ou audição, é esta perda total e definitiva? SIM NÃO % de perda _____

7. a) Se a pessoa segura esteve internada num hospital devido a esta situação, indique p.f. o nome do hospital e as datas de internamento

Baixa Hospitalar: _____ Alta Hospitalar: _____ Hospital: _____

b) Foi qualquer parte do internamento passada na Unidade de Cuidados Intensivos? Se sim, foi de: _____ a: _____

8. Se o participante já regressou ao trabalho, confirme p.f. a data em que a incapacidade total cessou: _____

Nome do médico: _____ Especialidade: _____

Morada: _____

Assinatura e Vinheta: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL / ESCOLA (CARIMBADA)

Nome do Empregado/Estudante: _____ Em caso de acidente: foram as lesões sofridas no local de trabalho? SIM NÃO

INCAPACIDADE TOTAL – Entre que datas o empregado/estudante não executou qualquer tarefa – de: _____ a: _____

INCAPACIDADE PARCIAL – Entre que datas o empregado/estudante não executou algumas tarefas – de: _____ a: _____

Data: _____ Cargo: _____ Assinatura: _____