

**Impresso de Sinistrado
(Danos Corporais)**

Processo nr. _____ Apólice nr. _____

Acidente

Data / / Hora Local

Identificação do Sinistrado

Nome Sexo

Morada

Data Nascimento / / Telefone B.I. N.I.F.

Grau Escolaridade Estado Civil Nr. de filhos

Nome do Cônjuge

Sendo Menor

Nome do Pai

Nome da Mãe

Situação Profissional

Profissão Trabalhador por conta própria Trabalhador por conta própria

Ordenado Ilíquido Ordenado Líquido

Outras Remunerações

Entidade Patronal

Morada

Telefone Beneficiário Segurança Social

la em serviço? Tem Seguro de Acidentes de Trabalho?

Seguradora Apólice nr.

Outras Actividades Outros Rendimentos

Situação Clínica

Lesões

Quem prestou os Primeiros Socorros?

Hospitalizado em

Submetido a intervenção cirúrgica? Sim Não Qual?

Situação clínica actual Data próxima consulta

Outros Danos Materiais

Objectos	Valor de compra	Valor Actual

WEBDOC IPSDC 01.07



