



DOCUMENTOS A APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE À SEGURADORA PARA A COBERTURA ACIONADA

**Invalidez Absoluta e Definitiva**

- 1. Declaração médica do delegado de saúde ou médico de família atestando a dependência de uma terceira pessoa para a prática de atos essenciais da vida corrente
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão do Beneficiário caso seja diferente da Pessoa Segura (fotocópia)
- 4. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 5. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

**Invalidez Total e Permanente (ITP)**

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- 2. Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP)
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 4. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 5. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

**ITP por Doença – para além dos documentos acima deve anexar:**

- 1. Relatório do médico assistente com data do(s) diagnóstico(s), exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

**ITP por Acidente – para além dos documentos acima deve anexar:**

- 1. Auto da ocorrência ou descrição do acidente

**Incapacidade Total Permanente Acidente (ITPA)**

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- 2. Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP) (fotocópia)
- 3. Auto da ocorrência ou descrição do acidente
- 4. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 5. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária

**Incapacidade Permanente (IP)**

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP) (fotocópia)
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária

**IP por Acidente – para além dos documentos acima deve anexar:**

- 1. Auto da ocorrência ou descrição do acidente

**Invalidez Profissional**

- 1. Atestado médico exonerado pelos serviços de medicina de trabalho atestando a total incapacidade para a execução de tarefas fundamentais para a atividade profissional
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 4. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

**Incapacidade Temporária Absoluta para o Trabalho (ITAT)**

- 1. Relatório entidade patronal (impresso anexo)
- 2. Declaração da entidade credora com: nº de contrato; data início; prazo; prestação mensal; saldo em dívida, se Popular Proteção Pagamentos
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

**ITAT por Doença – para além dos documentos acima deve anexar:**

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente deverá ser renovado e enviado mensalmente sempre que complete mais de 30 dias de incapacidade
- 2. Relatório médico assistente com datas dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

**Incapacidade Temporária (IT)**

- 1. Relatório entidade patronal (impresso anexo)
- 2. Declaração da entidade credora com: nº de contrato; data início; prazo; prestação mensal; saldo em dívida, se Popular Proteção Pagamentos
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

**ITAT / IT por Acidente – dependendo da ocorrência para além dos documentos acima deve anexar:**

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente deverá ser renovado e enviado mensalmente sempre que complete mais de 30 dias de incapacidade
- 2. Relatório médico assistente com datas dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

Eventualmente poderão ser solicitados outros elementos para avaliação do sinistro.

Este relatório que terá um tratamento ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL destina-se a complementar o pedido de indemnização por:

- INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA PARA O TRABALHO**  
 **INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**

As questões colocadas são essenciais para a resolução deste processo, pelo que solicitamos que nos informe de todos os detalhes que considere úteis para a análise do sinistro.

A PREENCHER PELA SEGURADORA:

N.º Titular:	N.º Apólice:	N.º Processo de Sinistro:
--------------	--------------	---------------------------

**1. PESSOA SEGURA / PACIENTE:**

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

**2. QUE ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA LHE FORAM FACULTADOS?**

Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão  Cartão de Utente da Segurança Social  Outro \_\_\_\_\_

**3. EM CASO DE ACIDENTE**

Descreva a situação clínica

**3.1. DATA DO ACIDENTE**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. EM CASO DE DOENÇA**

Diagnóstico preciso

**4.1. DATA DE PRIMEIRO DIAGNÓSTICO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. INDIQUE POR FAVOR**

Manifestações
Datas que ocorreram:
Evolução

**5.1. O PACIENTE FOI ENVIADO PARA MÉDICO ESPECIALISTA?  SIM  NÃO**

Se sim detalhe:

**6. É SEU MÉDICO ASSISTENTE?  SIM  NÃO**

Desde quando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6.1. HISTORIAL CLÍNICO ÚLTIMOS 5 ANOS**

Data	Diagnóstico	Duração

## RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE)

7. AS CONDIÇÕES ATRÁS REFERIDAS SÃO RELACIONADAS COM DANOS AUTO-INFLIGIDOS, PARTO, GRAVIDEZ OU ABORTO, CONSUMO DE ÁLCOOL OU DE DROGAS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA, GUERRA, COMOÇÕES CIVIS, DOENÇAS NERVOSAS OU SINTOMAS INEXPLICÁVEIS?

Sim  Não

Se sim detalhe

8. OBSERVAÇÕES QUE O MÉDICO JULGUE CONVENIENTE FAZER

Nome do Médico (maiúsculas): \_\_\_\_\_

Nº de Cédula Profissional: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Vinheta do Médico:

Vinheta ou Carimbo da Unidade de Saúde onde foi assistido, se aplicável:

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Este relatório destina-se a complementar o pedido de indemnização por Sinistro **INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA PARA O TRABALHO** e terá um tratamento **ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL**.

As questões colocadas são essenciais para a resolução deste processo, pelo que solicitamos que nos informe de todos os detalhes que considere úteis para a análise do sinistro.

A PREENCHER PELA SEGURADORA:

N.º Titular:	N.º Apólice:	N.º Processo de Sinistro:
--------------	--------------	---------------------------

**1. PESSOA SEGURA**

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

**2. ENTIDADE PATRONAL**

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

**3. DATA INÍCIO DO EMPREGO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. DATA DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. DATA DE RETORNO AO TRABALHO (SE FOR CASO)**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6. FUNÇÃO QUE O EMPREGADO EXERCE NA EMPRESA**

\_\_\_\_\_

**7. O EMPREGADO SOFREU ANTERIORMENTE DESTA DOENÇA/ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA AO SEU SERVIÇO?**

Sim  Não

Se sim, detalhe \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE DA ENTIDADE PATRONAL**

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

Função: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura + Carimbo (obrigatório): \_\_\_\_\_

**TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA**

Natureza da Atividade: \_\_\_\_\_

Morada da Sociedade: \_\_\_\_\_

Localidade:	Código Postal:	Telefone da Sociedade:
-------------	----------------	------------------------

As informações prestadas estão corretas. Autorizo qualquer empregador, ex-empregador, departamento oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Seguradora ou seus representantes sobre este sinistro.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)

**Anexar obrigatoriamente:**

- Cópia da última declaração de IRS
- Documento comprovativo dos descontos para a Segurança Social