

# Federação de Portuguesa de Basquetebol



## Manual de Procedimentos de Sinistros

Época desportiva 2023/2024

## Índice

1. Definições.....	3
a. Tipo de seguro e atividade garantida .....	3
b. Âmbito temporal das condições.....	3
c. Pessoas seguras .....	3
2. Coberturas e capitais.....	3
a. Termos e condições.....	4
3. Exclusões .....	5
4. Conceito de acidente.....	5
5. O que fazer em caso de acidente .....	5
a. Contacto telefónico .....	5
b. Participação de ocorrência.....	5
c. Assistência clínica .....	6
d. Transportes.....	8
e. Reembolso de despesas .....	8
6. Impressos .....	9
a. Participação de acidente (Anexo I).....	9
b. Boletim médico (Anexo II) .....	9
c. Boletim de alta (Anexo III).....	9
d. Impresso de apresentação de despesas (Anexo IV).....	9
7. Informações gerais .....	9
a. Contactos.....	9
b. Fluxo de sinistros.....	9

## 1. Definições

### a. Tipo de seguro e atividade garantida

Ficam cobertos os acidentes ocorridos em Portugal e União Europeia, quando emergentes de risco extra-profissional, entendendo-se como tal o desempenho de funções inerentes exclusivamente da prática desportiva amadora de desporto de atletas amadores, árbitros, dirigentes e demais agentes desportivos, que não se relacione com o desempenho da profissão ou ocupação da Pessoa Segura, não sendo, por isso, suscetível de ser garantida por um seguro de acidentes de trabalho.

### b. Âmbito temporal das condições

Época desportiva de 2023/2024 (01 Ago 2023 a 31 Jul 2024).

### c. Pessoas seguras

Consideram-se Pessoas Seguras os praticantes amadores de desporto com inscrição válida na Federação Portuguesa de Basquetebol, ao serviço dos seus clubes, em representação do Tomador do Seguro ou da seleção nacional ou regional, bem como os dirigentes e demais agentes desportivos.

## 2. Coberturas e capitais

Danos corporais sofridos pelas Pessoas Seguras, até aos limites adiante indicados, em consequência de acidentes ocorridos em resultado da atividade segura, incluindo deslocações em qualquer meio de transporte de e para os locais onde tenham lugar as referidas atividades, desde que em representação de clubes inscritos, Associação ou da Federação Portuguesa de Basquetebol.

### a. Coberturas / Capitais:

Coberturas	Atletas e Agentes Desportivos
	Capitais Seguros
Morte ou Invalidez Permanente	30 400 €
Despesas de Tratamento e Repatriamento	7 500 €
Sub-Limite deslocações (1)	350 €
Despesas de Funeral	2 500 €

\*Morte Súbita - O risco de Morte é extensivo à denominada Morte Súbita, entendendo-se como tal, a morte quando ocorrida durante prática desportiva, mesmo que não provocada diretamente e, por acidente desde que não resulte de doença ou situação clínica previamente diagnosticada.

(1) Sub limite Deslocações - Só estão garantidas as deslocações realizadas para a Rede Clínica do Segurador com o limite de capital de 350,00€, sendo sujeito a percorrer uma distância mínima de 20 Quilómetros em cada sentido. A valorização para efeitos de cálculo de cada quilometro é de 0,50€.

#### **b. Franquias:**

ASSISTÊNCIA DENTRO DA REDE CONVENCIONADA - Aplica-se franquia de Euros 150€ em toda e qualquer abertura de processo de sinistro de Despesas de Tratamento e Repatriamento.

Quando se verifique tratamento cirúrgico, o valor da franquia passa para 350,00€

ASSISTÊNCIA FORA DA REDE CONVENCIONADA - Sinistros cujo acompanhamento clínico, exames de diagnóstico e tratamentos não sejam feita dentro da rede de prestadores convencionada pela seguradora e por sua indicação expressa terão uma franquia de 300€.

Quando se verifique tratamento cirúrgico, o valor da franquia passa para 700,00€.

Os sinistrados serão assistidos nos hospitais e centros médicos convencionados, constantes em listagem anexa à apólice e/ou no Manual de Procedimentos ou hospitais civis.

No caso de uma Pessoa Segura optar por efetuar uma Cirurgia ou um outro qualquer tratamento médico, num estabelecimento que não o designado pela Seguradora, o pagamento das respetivas despesas será limitado ao valor definido na tabela de reembolso em anexo, até ao limite máximo do valor que mesma cirurgia custaria na Entidade designada.

Por cada processo de sinistro haverá lugar à cobrança junto do sinistrado, nos moldes indicados no presente Manual de Procedimentos (ponto 5), da correspondente franquia contratual.

#### **c. Termos e condições**

A cobertura dos riscos de Morte ou de Invalidez Permanente não são cumuláveis pelo que, no caso da "Pessoa Segura" vier a falecer em consequência de Acidente a coberto da apólice, a indemnização por Morte será abatida à indemnização por Invalidez Permanente que, eventualmente, lhe tenha sido atribuída e/ou paga relativamente ao mesmo acidente.

O risco de Morte é extensivo à denominada Morte Súbita, entendendo-se como tal a morte quando ocorrida durante a prática desportiva, mesmo que não provocada diretamente por acidente, desde que não resulte de doença, situação clínica previamente diagnosticada ou consumo de substâncias dopantes ou proibidas.

A tabela base para o cálculo de Indemnizações devidas por Invalidez Permanente é a Tabela Nacional de Incapacidades (DL 341/93 de 30.09).

Toda a atividade clínica executada nas associações e clubes é da inteira responsabilidade dos mesmos, embora que sujeita a acompanhamento da nossa rede e assessoria clínica.

### 3. Exclusões

Para além das exclusões registadas nas condições gerais do contrato, estão excluídas as despesas com ortóteses oculares (óculos) qualquer que se seja a sua natureza ou a natureza do sinistro.

Estão excluídas as despesas de transporte seja qual for a sua origem ou natureza, exceto efetuadas com o propósito de se deslocar à rede clínica da seguradora com limite de 350€ por anuidade e 0,50€ por km, desde que o prestador se localize a mais de 20 Km's de distância da residência do sinistrado.

### 4. Conceito de acidente

Entende-se por “acidente” o acontecimento fortuito, súbito, violento ou não, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais medicamente comprovadas, aquando da prática da atividade segura.

### 5. O que fazer em caso de acidente

#### a. Participação de ocorrência

A Participação do Sinistro será enviada para [trustuna@trustsaude.pt](mailto:trustuna@trustsaude.pt), juntamente com o comprovativo de transferência do valor da franquia mínima de 150 euros, para o IBAN da Trust PT50-0033-0000-45657243893-05, no prazo máximo de 8 dias após a ocorrência do acidente.

O sinistro só será aceite pela Seguradora, após a liquidação do valor da franquia mínima conforme abaixo indicado:

#### a.1 - Sinistro dentro da Rede convencionada:

No momento da participação o atleta/clube terá de enviar comprovativo da transferência de 150 euros (franquia de processo não cirúrgico na rede) para que possa ser contactado e encaminhado para a rede.

Sempre que for pedida cirurgia, a mesma só será aprovada depois de rececionado o comprovativo de transferência de mais 200 euros (perfazendo os 350 euros da franquia de processo cirúrgico na rede)

#### a.2 - Sinistro Fora da Rede:

Caso o atleta opte por ser seguido fora da rede, o valor adicional de 150 euros será deduzido ao valor a reembolsar, perfazendo os 300 euros da franquia de processo não cirúrgico fora de rede.

Sempre que se verifique um processo cirúrgico, o valor adicional de 550 euros, será deduzido do valor a reembolsar, perfazendo os 700 euros de franquia de processo cirúrgico fora de rede.

Deverá ser usada Participação de Sinistros e Declaração anexa para efeitos de cumprimento do regulamento geral sobre proteção de dados.

Caso o acidente ocorra no decurso de uma prova desportiva deve ser também enviado, conjuntamente com a Participação de sinistro, a fotocópiado Boletim de Jogo / Ficha Técnica.

Para qualquer dúvida deverá ser contactada a linha UNA/TRUST - 222 061 818 (dias úteis das 08h00 às 20h00).

### **b. Assistência clínica**

Caso o Sinistrado necessite de assistência médica deverão ser observadas as seguintes regras:

#### **b.1 - Situação que não envolva urgência**

Em situações de não emergentes, o sinistro deverá ser comunicado conforme acima indicado após o que o atleta será contactado para encaminhamento clínico no prazo máximo de 24 horas úteis.

Os sinistrados serão encaminhados para a rede de Prestadores Convencionada da Seguradora, consoante a zona do país em que se encontrem, e a tipologia e gravidade da lesão.

**Centro de Referência Zona Norte:** Trust – Clínica Médica, Rua de Ceuta nº 47  
4050-191 Porto

**Centro de Referência Zona Sul:** Clínica Lambert, Rua Cordeiro Ferreira nº3  
1750-071 Lisboa

Após o encaminhamento, a Seguradora assume o pagamento de todas as despesas clínicas diretamente à rede convencionada, dentro dos limites de capital contratados para a apólice em questão; esta articulação é feita entre a Seguradora e a Clínica, sem necessidade de intervenção da pessoa segura.

#### **b.2 - Situação de urgência**

Caso a ocorrência provoque uma situação de urgência, o Sinistrado deverá dirigir-se de imediato à Urgência do Hospital Público mais próxima.

Deverá solicitar sempre à Entidade Hospitalar o relatório clínico (nota de alta), assim como a entrega dos exames auxiliares de diagnóstico eventualmente realizados.

**As despesas incorridas nos Hospitais Públicos são regularizadas pela Seguradora. Para o efeito e assim que receber a fatura do hospital público (em seu nome), o sinistrado deve enviá-la para a TRUST para que se proceda a sua regularização junto desta entidade.**

### b.3 - Assistência clínica fora da Rede Médica Convencionada

No caso da Pessoa Segura optar por efetuar qualquer tratamento médico e ou cirurgia num estabelecimento que não designado pela Rede Médica Convencionada, pagará o valor das despesas na íntegra, e a Seguradora reembolsará as mesmas nos termos abaixo explicitados, sempre que se verifique o nexo de causalidade com o acidente participado. Os recibos devem ser acompanhados dos respetivos relatórios médicos e exames complementares de diagnóstico.

**Nesse sentido passamos a indicar os limites máximos de indemnização por ato médico fora darede, de acordo com as tabelas abaixo:**

#### CIRURGIAS

MENISCECTOMIA	950,00 €
LIGAMENTOPLASTIA + MATERIAL DE OSTEOSINTESE	2.100,00 €
LIGAMENTOPLASTIA + MENISCECTOMIA + MATERIAL DE OSTEOSINTESE	2.400,00 €
TRATAMENTO LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO SEM MATERIAL DE OSTEOSINTESE	1.500,00 €
FRATURA LUXAÇÃO COTOVELO SEM MATERIAL DE OSTEOSINTESE	980,00 €
OSTEOSINTESE FRATURA LUXAÇÃO COMPLEXA COTOVELOSEM MATERIAL DE OSTEOSINTESE	1.050,00 €

#### CIRURGIAS (Consumíveis e Blocos)

ENFERMARIA	60,00 €
PISO DE SALA CIRURGIA PESADA (>200K)	490,00 €
PISO DE SALA GRANDE CIRURGIA (151K≤200K)	450,00 €
PISO DE SALA MÉDIA CIRURGIA II (101K≤150K)	370,00 €
PISO DE SALA MÉDIA CIRURGIA I (51≤100K)	295,00 €
PISO DE SALA PEQUENA CIRURGIA (ATÉ 50K)	150,00 €
CONSUMIVEIS CIRURGIA PESADA (>200K)	580,00 €
CONSUMIVEIS GRANDE CIRURGIA (151K≤200K)	505,00 €
CONSUMIVEIS MÉDIA CIRURGIA II (101K≤150K)	350,00 €
CONSUMIVEIS MÉDIA CIRURGIA I (51≤100K)	290,00 €
CONSUMIVEIS PEQUENA CIRURGIA (ATÉ 50K)	185,00 €
EQUIPAMENTO DE ARTROSCOPIA/ FACOEMULSIFICAÇÃO/ LAPAROSCOPIA/ VITRECTOMIA	75,00 €
K CIRURGICO	2,20 €

**IMAGIOLOGIA**

RMN	<b>110,00 €</b>
TAC	<b>40,00 €</b>
ECO	<b>20,00 €</b>

**AMBULATÓRIO**

CONSULTAS	<b>25,00 €</b>
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	<b>8€ por tratamento</b> (inclui consulta de fisioterapia)
MEDICAÇÃO	<b>35,00 € (limite anual)</b>

**c. Reembolso de despesas**

As despesas enviadas à Seguradora para reembolso ao lesado serão pagas através de transferência bancária, pelo que é necessário remeter comprovativo do respetivo **IBAN**, onde conste também a identificação do titular da conta (talões de Multibanco não são válidos). Caso o sinistrado seja menor deverá ser remetido o comprovativo do IBAN do encarregado de educação e cartão de Cidadão do Menor.

Deverá constar também informação do número de processo e da apólice.

Os pedidos de reembolso deverão ser enviados [sinistros.pessoas@unaseguros.pt](mailto:sinistros.pessoas@unaseguros.pt)

**6. Impressos**

- a. Participação de acidente (Anexo I)
- b. Boletim médico (Anexo II)
- c. Reembolso despesas Fora Rede (Anexo III)

**7. Informações gerais**

**Linha Acidentes UNA/TRUST**

☎ 222 061 818 (dias úteis das 08h00 às 20h00)

E-mail: [desportivos.una@trustsaude.pt](mailto:desportivos.una@trustsaude.pt)



**Participação de sinistro**

PROVIDENCIAR PARA QUE ESTA PARTICIPAÇÃO SEJA REMETIDA À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO MÁXIMO DE 8 DIAS APÓS O ACIDENTE. O CERTIFICADO MÉDICO E O BOLETIM DE ALTA DEVEM ACOMPANHAR O SINISTRADO AO MÉDICO QUANDO DO PRIMEIRO EXAME.

APÓLICE Nº \_\_\_\_\_ PROCESSO Nº \_\_\_\_\_

**TOMADOR DO SEGURO**

NOME: \_\_\_\_\_ CLIENTE Nº \_\_\_\_\_  
DOMICÍLIO OU SEDE: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**SINISTRADO**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-dd)  
MORADA: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
ESTÁ SEGURO EM MAIS ALGUMA COMPANHIA? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_ TEM DESPESAS MÉDICAS? \_\_\_\_\_

**SINISTRO**

SE FOR ACIDENTE DE VIAÇÃO, DEVERÁ INDICAR A MATRÍCULA DAS VIATURAS INTERVENIENTES, SEGURADORA E APÓLICE DE SEGURO QUE AS GARANTA E NOME DOS CONDUTORES:

SE A COBERTURA FOR **OCUPANTES DE VIATURA**, DEVERÁ FAZER TANTAS PARTICIPAÇÕES QUANTOS OS SINISTRADOS.

DATA DO SINISTRO: \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-dd) HORA: \_\_\_\_h \_\_\_\_m LOCAL: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_

LESÕES PRODUZIDAS: \_\_\_\_\_

TEVE ANTERIORMENTE SEMELHANTE LESÃO NA MESMA REGIÃO DO CORPO? \_\_\_\_\_

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS? \_\_\_\_\_

NOME E MORADA DO MÉDICO ASSISTENTE: \_\_\_\_\_

O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE?  NÃO  SIM, ATÉ QUANDO? \_\_\_\_\_

DEVIDO AO ACIDENTE, O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE EXERCER A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL?  NÃO  SIM

O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO?  NÃO  SIM, ONDE? \_\_\_\_\_

QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS? \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS (Nomes, Idades, Moradas e Profissões): \_\_\_\_\_

AUTORIDADE QUE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO: \_\_\_\_\_ DATA DA PARTICIPAÇÃO: \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE ALTA**

NOTA: Responder a todos os quesitos e enviar logo após a atribuição da alta.

APÓLICE Nº _____	DATA DO SINISTRO: _____ (aaaa-mm-dd)
NOME DO TOMADOR DO SEGURO: _____	
DOMICÍLIO OU SEDE: _____	CÓDIGO POSTAL: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DOSINISTRADO  
NOME: \_\_\_\_\_

2. INDICAÇÕES CLÍNICAS

A) Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

B) Data e Resultados dos RX efectuados: \_\_\_\_\_

C) Data e Natureza da Intervenção Cirúrgica efectuada: \_\_\_\_\_

D) Houve agravamento das Lesões? \_\_\_\_\_

E) Porquê? \_\_\_\_\_

F) Foram seguidas pelo Sinistrado as suas prescrições? \_\_\_\_\_

G) Quantas consultas teve? E quantos pensos? \_\_\_\_\_

H) Ficou completamente curado? \_\_\_\_\_

3. INCAPACIDADES DEFINITIVAS - Ter em atenção a profissão do Sinistrado e o que abaixo se estipula.

A) Incapacidade Temporária Absoluta. DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

B) Incapacidade Temporária Parcial: \_\_\_\_% DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

C) Sem incapacidade. DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

D) Sobreveio Invalidez Permanente em consequência deste Acidente? \_\_\_\_\_

E) Descrever em pormenor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F) Grau de desvalorização - De acordo com a Tabela de Acidentes Pessoais: \_\_\_\_\_

G) Observações: \_\_\_\_\_

Honorários: _____ € (A Liquidar pelo Tomador do Seguro)	ASSINATURA
Nome do Médico: _____	_____
Morada: _____	Data: ____ / ____ / ____

**NATUREZA DAS INCAPACIDADES:**

**Incapacidade Temporária Absoluta (I.T.A.):** Enquanto o Sinistrado que exerça profissão determinada se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho e para o Sinistrado que não exerça profissão determinada, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.

**Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.):** Enquanto a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontre apenas em parte inibida de realizar qualquer trabalho, nas condições da alínea precedente, que lhe provoque diminuição dos seus proventos. Em relação à pessoa que não exerça profissão remunerada este tipo de incapacidade não se aplica, não lhe sendo, portanto, conferido direito a quaisquer subsídios por incapacidade temporária logo que deixem de se verificar as circunstâncias que conferem direito a subsídio por incapacidade temporária absoluta (1º grau).

**Sem incapacidade (S.I.):** Quando o Sinistrado que exerça ou não profissão determinada apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.

**CERTIFICADO MÉDICO**

APÓLICE Nº _____	DATA DO SINISTRO: _____ (aaaa-mm-dd)
NOME DO TOMADOR DO SEGURO: _____	
DOMICÍLIO OU SEDE: _____	CÓDIGO POSTAL: _____

1. NOME DO SINISTRADO	_____
2. É Médico habitual do sinistrado? Em caso afirmativo, há quanto tempo o conhece ?	_____
3. Quando fez a primeira consulta em virtude das lesões sofridas na sequência do acidente?	_____
4. Ainda está a tratá-lo?	_____
5. Descreva com todos os detalhes as lesões que ele sofreu.	_____ _____
6. A patologia verificada é unicamente resultado do acidente?	_____
7. O Sinistrado sofre, além das presentes lesões, de qualquer outra doença ou defeito físico? Na afirmativa, indicar a sua natureza e qual a sua influência no restabelecimento.	_____ _____ _____

8. INCAPACIDADES PREVISTAS - Ter em atenção a profissão e o que abaixo se estipula.

A) Incapacidade Temporária Absoluta: \_\_\_\_\_ Dias.

B) Incapacidade Temporária Parcial: \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ Dias.

C) Sem Incapacidade: \_\_\_\_\_ Dias. Data provável da alta definitiva : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CERTIFICO QUE AS DECLARAÇÕES ACIMA SÃO EXATAS.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

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

**NATUREZA DAS INCAPACIDADES:**

**Incapacidade Temporária Absoluta ( I.T.A. ):** Enquanto o Sinistrado que exerça profissão determinada se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho e para o Sinistrado que não exerça profissão determinada, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.

**Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.):** Enquanto a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontre apenas em parte inibida de realizar qualquer trabalho, nas condições da alínea precedente, que lhe provoque diminuição dos seus proventos. Em relação à pessoa que não exerça profissão remunerada este tipo de incapacidade não se aplica, não lhe sendo, portanto, conferido direito a quaisquer subsídios por incapacidade temporária logo que deixem de se verificar as circunstâncias que conferem direito a subsídio por incapacidade temporária absoluta (1º grau).

**Sem incapacidade (S.I.):** Quando o Sinistrado que exerça ou não profissão determinada apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.

**Por favor, preencha os dados abaixo indicados:**

**Produto:** Acidentes Pessoais  
**Companhia:** Una Seguros, S.A.

**Identificação da Pessoa Segura**

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

**Nº de Apólice:** \_\_\_\_\_

**Despesas**

<b>Tipo de Despesa*</b>	<b>Data</b>	<b>Descritivo do ato médico</b>	<b>Valor</b>
	__/__/__		____.____./____ €
	__/__/__		____.____./____ €
	__/__/__		____.____./____ €
	__/__/__		____.____./____ €
	__/__/__		____.____./____ €

\*Legenda para preenchimento do campo "Tipo de Despesas": (I = Internamento) (C = Consulta) (EAD = Exames auxiliares de diagnóstico) (T = Tratamentos) (E = Estomatologia) (PO = Próteses e Ortóteses)

**Nº de documentos anexados**

Indique o número de documentos que pretende anexar ao seu pedido de reembolso.

**Documentos a apresentar**

**Internamentos (acidente)**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, acompanhado de fatura detalhada das respetivas despesas.
- Informação clínica (nota de alta, relatório médico e todos os resultados de exames auxiliares de diagnóstico), bem como, descrição detalhada de acidente, com data, hora, local, circunstância e em caso de deslocação, motivo (de onde vinha e para onde se deslocava).

**Consultas**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, onde deve constar o nome e especialidade do médico e da consulta realizada.

**Exames auxiliares de diagnóstico**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor de cada ato médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.

**Tratamentos**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor de cada ato médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.
- Relatório médico com o diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respetivo prognóstico.
- Descrição de acidente.

**Ao assinar o presente documento, autorizo o meu Médico a facultar as informações constantes no presente impresso, à minha Seguradora. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.**

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

Assinatura do Cliente: \_\_\_\_\_