

**Anexo II**  
**SITUAÇÃO CLÍNICA DO SINISTRADO**  
(A entregar ao sinistrado para apresentar à entidade Patronal)

Processo n.º \_\_\_\_\_ Apólice n.º \_\_\_\_\_ Data Acidente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20

Sinistrado \_\_\_\_\_

Situação do Sinistrado no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20

**Tratamento Prescrito:** \_\_\_\_\_

Data Próxima Consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20

**Continua a ser assistido:**

- Com Incapacidade Temporária Absoluta ( I.T.A )
- Com eventual Incapacidade Parcial Permanente ( I.P.P. )
- Sem Incapacidade ( S.I )

Até ao Dia



\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20

\_\_\_\_\_  
(O Sinistrado)

**Declaro ter tomado conhecimento desta informação**

\_\_\_\_\_  
(O Médico)