



FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL

Av^a de França, 549 – 4050-279 PORTO

Tel: 22 834 95 70 Fax: 22 832 54 94

CIRCULAR Nº 01 – 2006/2007

Para conhecimento das Associações, Clubes seus filiados, Rádio, Televisão, Imprensa e demais interessados a Direcção da Federação Portuguesa de Voleibol, informa:

1 – SEGURO DESPORTIVO – ÉPOCA 2006/2007

COMPANHIA DE SEGUROS – GLOBAL – De 01.08.2006 a 31.07.2007

Nº da Apólice - 206052867

O Seguro Desportivo é obrigatório para todos os agentes desportivos inscritos em Federações dotadas de utilidade Pública Desportiva, nomeadamente:

- Praticantes desportivos, profissionais e não profissionais;
- Árbitros, Juizes
- Treinadores, Monitores e Animadores;
- Dirigentes Desportivos

As Taxas de Seguro Desportivo para a época 2006/2007, são as seguintes:

Minis, Infantis e Iniciados -----	16,00 EUROS – Suportado pela F.P.V.
Juvenis -----	16,00 EUROS
Juniores -----	24,00 EUROS
Seniores -----	29,00 EUROS
Dirigentes, Delegados, Técnicos, Árbitros e Outros -----	29,00 EUROS

Cobertura e Capitais

Morte ou invalidez Permanente -----	22.000,00 EUROS
Despesas de Tratamento e Repatriamento -----	3.750,00 EUROS
Despesas de Funeral -----	700,00 EUROS

Âmbito da Cobertura

Durante a prática desportiva ao serviço das Associações/ Clubes, desde que devidamente inscritos na Federação Portuguesa de Voleibol.

Procedimentos em caso de Sinistro

- Os sinistrados podem recorrer à clínica avençada da sua zona, caso ela exista, ou a outro estabelecimento hospitalar, caso não exista nessa zona clínica avençada (ver lista de clínicas avençadas em anexo).
- Preenchimento do impresso de **Participação de Sinistro**, devidamente carimbado e assinado por um responsável do Clube.
- Deslocação à clínica avençada, devendo fazer-se acompanhar da **cópia da participação de sinistro bem como do boletim de exame médico.**
- Envio à F.P.V. no prazo de 48 horas dos originais, acompanhados de um **Cheque de 75,00 Euros** (valor da franquia), passado em nome de **Global Companhia de Seguros, SA**, para sua validação.

NOTA:

- Em qualquer sinistro existe **uma franquia de 75,00 Euros.**
- Nas clínicas avençadas, o tratamento não é pago até ao valor constante no capítulo “Cobertura e Capitais”, sendo apenas liquidada a franquia de 75,00 Euros já referida.
- No caso do tratamento ser feito fora das clínicas avençadas, o reembolso das despesas de tratamento efectuadas, até ao valor constante no capítulo “Cobertura e Capitais”, descontada a franquia devida, será feito mediante a apresentação das respectivas despesas, acompanhadas do boletim de exame médico e boletim de alta.

Em anexo segue:

- Exemplar de Participação de Sinistro; Boletim de Exame, Boletim de Alta e listagem das clínicas avençadas.

Porto e Secretaria da Federação Portuguesa de Voleibol, **4 de Setembro de 2006**

A DIRECÇÃO



____ ACIDENTES PESSOAIS
____ VIAGENS
____ PESSOAS TRANSPORTADAS

APÓLICE Nº 206052867
PROCESSO Nº _____

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

TOMADOR DE SEGURO

Nome FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL
Telefone: 22 834 95 70
Morada Avenida de França, 549
Localidade Porto C.Postal 4050-279

SEGURADO / SINISTRADO

Nome _____ Telefone: _____
Morada _____
Localidade _____ C.Postal _____ - _____
Profissão _____ Data de Nascimento ____/____/____

ACIDENTE

Data ____/____/____ Hora _____ Local _____
Actividade exercida no momento do acidente _____
Descrição pormenorizada da ocorrência _____

O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo? _____ Em caso afirmativo, indique :

Veículo: Matrícula _____ Marca _____

Nome do Proprietário/Condutor _____

Seguradora _____ Nº de Apólice _____

Houve intervenção das Autoridades ? _____

Em caso afirmativo, indique qual o Posto/Brigada que tomou conta da ocorrência _____

A quem foi atribuída a responsabilidade ? _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O acidente encontra-se relacionado com a sua profissão ? _____

O acidente encontra-se coberto de alguma apólice de Acidentes de Trabalho ? _____ Se sim, em que Companhia e qual o numero da Apólice e/ou o nome da Entidade Patronal _____

O sinistrado tem outro seguro de Acidentes Pessoais com a cobertura de Despesas de Tratamento ? _____ Se sim, em que Companhia, qual o numero da apólice e respectivo valor ? _____

Foi assistido no local do sinistro ? _____. Em caso afirmativo, quem prestou a assistência ? _____

Se mantém tratamento, actualmente é assistido onde ? (Indique o nome do médico / Estabelecimento Hospitalar) _____

DETALHES DA LESÃO

NATUREZA DA LESÃO _____	PARTE DO CORPO ATINGIDA _____
(Contusão, Ferida, Fractura, Luxação; Deslocamento, Entorse, Queimadura, Lesão Interna, Asfixia, Intoxicação, Amputação, ...)	(Cabeça, Olhos, Face, Pescoço, Costas, Coluna, Torax, Abdomen, Ombro, Braço, Cotovelo, Mão; Dedos da Mão, anca, Coxa, Rótula, Joelho, Pé, Dedos do Pé, ...)

CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

☐ RECORREU À 1ª ASSISTÊNCIA / FINALIZOU O TRATAMENTO ☐ CONTINUA ASSISTÊNCIA MÉDICA ☐ MORTE
☐ INTERNAMENTO ☐ CONTINUA ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

Data ____/____/____ Assinatura do Segurado _____

Apólice Nº _____
Processo Nº _____

AC. PESSOAS

BOLETIM DE EXAME

SEGURADO

Nome _____ Telefone _____
Morada _____ C. Postal _____

SINISTRADO

Nome _____ Telefone _____
Morada _____ C. Postal _____
Idade _____ Data Nascimento ____/____/____ Estado _____ Profissão _____
Naturalidade: Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____
Filho de _____
e de _____
Sendo casado: Nome do cônjuge _____

ACIDENTE

Data ____/____/____ às ____ horas - Dia da semana _____
Local _____ Nos seguros agrícolas indique o nome da propriedade _____
Freguesia _____
Concelho _____ Distrito _____
Como ocorreu o acidente? _____

EXAME DIRECTO

Data e hora do exame ____/____/____ às ____ horas e ____ minutos

Lesões crónicas ou agudas apresentadas _____

Sintomatologia _____

Diagnóstico _____

Tratamento efectuado _____

Foi efectuado exame radiológico? _____ Em caso afirmativo qual o resultado _____

As lesões apresentadas são consequência do acidente de trabalho que o sinistrado refere? _____

Das lesões podem resultar incapacidade permanente ou morte? _____

INCAPACIDADE

O SINISTRADO FICA	DIAS	PARECER DO MÉDICO
Sem incapacidade		
Sem incapacidade em tratamento ambulatorio das ____ h às ____ h		
Com incapacidade temporária parcial de ____ %		
Com incapacidade temporária absoluta		
Hospitalizado em _____		____/____/____

INFORMAÇÕES DO SINISTRADO

Doenças anteriores _____
Acidentes anteriores _____
Destes resultaram incapacidade permanente? _____
Em caso afirmativo sobre que lesões e qual a desvalorização? _____

Coloque neste espaço o carimbo ou por favor escreva o seu nome, morada, no contribuinte e bairro/concelho fiscal

Assinatura do Médico

AC. PESSOAS

BOLETIM DE ALTA

SEGURADO

Nome _____ Telefone _____
Morada _____ C. Postal _____

SINISTRADO

Nome _____ Telefone _____
Morada _____ C. Postal _____
Idade _____ Data Nascimento ____/____/____ Estado _____ Profissão _____
Naturalidade: Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____
Filho de _____
e de _____
Se casado: Nome do cônjuge _____

ACIDENTE

Data ____/____/____ às ____ horas - Dia da semana _____
Local _____ Nos seguros agrícolas indique o nome da propriedade _____
Concelho _____ Freguesia _____
Como ocorreu o acidente? _____
Distrito _____

TRATAMENTO

Prestação terapêutica _____
Em tratamento ambulatório de ____/____/____ a ____/____/____
Hospitalizado em ____ de ____/____/____ a ____/____/____
Houve doenças intercorrentes ou coexistentes _____
Fez exames radiográficos? _____ Se sim quais as suas datas _____
Fez Análises? _____ Quas _____
Outros exames _____
Antecedentes _____
Doenças anteriores _____
Acidentes anteriores e suas desvalorizações _____

ESTADO ACTUAL DISCRIMINATIVO DAS LESÕES

INCAPACIDADE

O sinistrado esteve com:
Inc. Temporária Absoluta de ____/____/____ a ____/____/____
Inc. Temp. Parcial de ____% de ____/____/____ a ____/____/____
Inc. Temp. Parcial de ____% de ____/____/____ a ____/____/____
Inc. Temp. Parcial de ____% de ____/____/____ a ____/____/____
Sem incapacidade _____

CONCLUSÕES

Causas da cessação do tratamento _____
O sinistrado pode retomar o trabalho em ____/____/____ com:
☐ Alta curado sem desvalorização;
☐ ITP de ____%, durante ____ dias, findo os quais deverá ser revisto;
☐ IPP de ____% (ver avaliação no verso)
O sinistrado ficou afectado de Incapacidade Permanente absoluta? _____

Coloque neste espaço o carimbo ou por favor escreva o seu nome, morada, no contribuinte e bairro/concelho fiscal

Assinatura do Médico

HONORÁRIOS MÉDICOS

Se enviar o Mexl 2 da Casa da Moeda facilitará a liquidação

**DIRECÇÃO DE SINISTROS
ACIDENTES PESSOAIS**

**FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL
PRESTADORES DE SERVIÇOS CLÍNICOS**

LOCALIDADE	PRESTADOR MORADA CONTACTO TELEFÓNICO
ALBUFEIRA	JOSE MANUEL BARBOSA, LDA RUA DO MEDITERRANEO, CERRO ALAGOA LOTE 7 LOJA J E L 289586070
ALMADA	HOSPITAL PARTICULAR DE ALMADA R. MANUEL FEBRERO, 85 - COVA DA PIEDADE 212723680
ANGRA DO HEROISMO	CRUZ VERMELHA R. DA ROCHA, 28 295212669
ANGRA DO HEROISMO	CENTRO FISIOTERAPIA DE ANGRA R. DE JESUS, 19 TERCEIRA - AÇORES
AROUCA	CENTRO MÉDICO DE AROUCA AV. 25 DE ABRIL, 37-C 256944861
AVEIRO	CLIRIA - HOSPITAL PRIVADO DE AVEIRO, S.A R. DO BRASIL, 21 234400700
AVEIRO	CENTRO CLINICO Sá-BARROCAS, LDA RUA NOSSA SENHORA DA ALEGRIA, 33 234423938
BARCELOS	CENTRO MÉDICO E ENFERMAGEM CENTRAL DE BARCELOS AV.ª ALCAIDES FARIA, 439 E - APARTADO 41 - EDIF BARCELENSE 253815215
BRAGA	CENTRO MÉDICO SANTO ANTÓNIO R. DO CARMO, 11 - 1º SALA 6/7 253515400
CALDAS DA RAINHA	MONTEPIO RAINHA D. LEONOR R. HEROIS DA GRANDE GUERRA 262837100

**DIRECÇÃO DE SINISTROS
ACIDENTES PESSOAIS**

**FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL
PRESTADORES DE SERVIÇOS CLÍNICOS**

COIMBRA	PLORFIS, LDA AV. FERNÃO DE MAGALHÃES, 466 239834675
EVORA	CLINEVORA-CLÍNICA MÉDICA DE ÉVORA, LDA PCT. PEDRO SOUSA, LT 9-LOJA DTA- HORTA DO BISPO ÉVORA
FIGUEIRA DA FOZ	CONSULTÓRIO MEDICO POLIDISCIPLINAR PONTE GALANTE R. ALTO DO VISO, 50 233411410
FUNCHAL	CLINICA DA SÉ, LDA RUA DAS MURÇAS, 42 - 1º/ 2º 291230545
GONDOMAR	CENTRO HOSPITALAR DE GONDOMAR S.A. RUA DR.FRANCISCO Sá CARNEIRO 1228 224642227
GUARDA	CENTRO MEDICO DE ENFERMAGEM R. ANTONIO SERGIO, BL. C - R/C DTO. 271213759
GUIMARÃES	CRUZ VERDE ALAMEDA DR. ALFREDO PIMENTA 253514812
LAGOS	CENTRO DE ENFERMAGEM DE LAGOS RUA GIL EANES, 9 -1º 282770800
LEIRIA	POLIDIAGNOSTICO RUA CAPITÃO MOUZINHO DE ALBUQUERQUE 244828455
LISBOA	HOSPITAL CUF TRAVESSA DO CASTRO, Nº 3 213926100
MAIA	CLINICA NOSSA SENHORA SAUDE-MAIA, LDA RUA DR.CARLOS PIRES FELGUEIRAS 387 229484365

**DIRECÇÃO DE SINISTROS
ACIDENTES PESSOAIS**

**FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL
PRESTADORES DE SERVIÇOS CLÍNICOS**

MARCO DE CANAVESES	CLINICA MEDICA ARRIFANA DE SOUSA AV. AVELINO FERREIRA TORRES, 1520 266521900
OLIVEIRA DE AZEMEIS	POLICLINICA GEMINI AV. MARQUES DE ABRANTES, 375-1º 256661410
PAÇOS DE FERREIRA	CENTRO MÉDICO E DE ENFERMAGEM DE PAÇOS DE FERREIRA AV. D. JOSE DE LENCASTRE, 30-38 255860380
PENAFIEL	CMAS-CLINICA MEDICA ARRIFANA DE SOUSA, SA RUA FONTE DO CARVALHO 255718100
PESO DA REGUA	CLÍNICA DOURALTO - SERVIÇOS MÉDICOS E DE DIAG., UNIP., LDª. AVª. GALIZA - EDIFÍCIO DOURALTO PESO DA RÉGUA
POMBAL	POLICLINICA DE POMBAL, LDA RUA PROF. GONÇALVES FIGUEIRA, 38 236209300
PONTA DELGADA	HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO DR. ANTONIO REBELO 296203000
PONTA DELGADA	CENTRO CLINICO DE MONACO R. DIREITA DO RAMALHO, R/C 296308300
PONTE DO LIMA	CLINICA MEDICA LIMA, SA LG POÇO CABAÇOS 258909220
PORTIMAO	GOT - GRUPO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, LDA AV. MIGUEL BOMBARDA 23 - 1º 282459284
PORTO	CLINICA CENTRAL DO BONFIM AVENIDA FERNÃO DE MAGALHÃES, 442 - 1º 225194060
POVOA VARZIM	MEDICASSUR Rua Pereira de Azurar, 5 - R/C PÓVOA DE VARZIM (ESTRADA NACIONAL 13)

**DIRECÇÃO DE SINISTROS
ACIDENTES PESSOAIS**

**FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL
PRESTADORES DE SERVIÇOS CLÍNICOS**

SANTO TIRSO	CLINICA DE S BENTO AV SOUSA CRUZ, 619 1º 252858427
SETUBAL	CLIMERSET-CLÍNICA MÉDICA DE REAB. CENTRAL DE SETÚBAL, LDA AV. 22 DE DEZEMBRO, 27-D 265 229353
SINES	ORTOSINES,LDA. TRAVESSA MARIANA GODINHO, 23 269633374
SINTRA	CLINICA CROMB AV. MOVIMENTO FORÇAS ARMADAS, 17-R/C ESQ. 219231517
TORRES VEDRAS	CENTRO ORTOPÉDICO TRAUMATOLOGICO Rua Dr. Aurélio Ricardo Belo, 2 R/c 261334530
TROFA	CENTRO CLÍNICO DA TROFA, LDA. R. FERNÃO MAGALHÃES, SALA 11 - EDIFÍCIO S. JOSÉ 252400650
TROFA	HOSPITAL DA TROFA S.A RUA DA PAZ 252409100
VALE DE CAMBRA	MEDICAMBRA AV. CAMILO DE MATOS, 510-1º 256472512
VIANA DO CASTELO	POLICLÍNICA VIANENSE, LDA URB CAP. ABRIL - BL TORRE R/C DTº VIANA DO CASTELO
VILA DO CONDE	MEDICASSUR Rua Pereira de Azurar, 5 - R/C PÓVOA DE VARZIM (ESTRADA NACIONAL 13)
VILA NOVA DE FAMALICÃO	CLIAVE - CLÍNICA DO VALE DO AVE RUA 25 ABRIL, 601 252330860
VILA NOVA DE GAIA	CENTRO CLINICO DA GAIA AVENIDA REPUBLICA 2501 223708968

**DIRECÇÃO DE SINISTROS
ACIDENTES PESSOAIS**

FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE VOLEIBOL
PRESTADORES DE SERVIÇOS CLÍNICOS

VILA REAL	CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - DELEGAÇÃO DE VILA REAL RUA DR. MANUEL CARDONA, ENT. B 2 - EDIFÍCIO CRUZ VERMELHA 259309240
UISEU	ERGOGYMNO, LDA. R. CAPITÃO SILVA PEREIRA, 163 - 1º 232424879