

Nº da Apólice	Nº do Certificado	Grupo	Emissão / /	Valor do Seguro R\$
<b>INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO ESTIPULANTE/SEGURADO(A)</b>				
Nome do(a) Segurado(a)	Idade	Sexo	Profissão	
Endereço Residencial	Município	UF	CEP	
Nome do Sinistrado				
Quando se manifestou a moléstia estava o sinistrado em plena atividade de trabalho? Em que função?				
Qual a data em que trabalhou pela última vez? / /				
<p align="center">_____</p> <p align="center">Local/Data</p>				
<p align="center">_____</p> <p align="center">Assinatura/Carimbo do Comunicante</p>				
Natureza e data da lesão / doença que determinou a invalidez.				
Em que data requereu a aposentadoria do instituto? / /				
Caso a aposentadoria tenha sido concedida informar a data				
Em que data foi V.sa assistido pela primeira vez por um médico referente a esta moléstia.				
Está V.sa completamente inválido para dedicar-se a alguma ocupação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
<b>Declaro, outrossim, que libero todas as informações médicas a meu respeito quer em caráter particular e/ou confidencial.</b>				
<p align="center">_____</p> <p align="center">Local/Data</p>				
<p align="center">_____</p> <p align="center">Assinatura do Segurado/Sinistrado</p>				
<b>POSSUI SEGURO DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRAS COMPANHIAS? (Caso afirmativo, indicar)</b>				
Tipo de Seguro	Valor	Companhia		
Tipo de Seguro	Valor	Companhia		
<b>RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicado de Sinistro com Informações Médicas (Preenchidos todos os itens)</li> <li>- Cópia do exame histológico que definiu a Doença</li> <li>- Cópia do RG/RNE, CPF do segurado e comprovante de residência</li> <li>- Cópia do Registro de Empregado e Carteira Profissional do Funcionário (Parte da Anotação do Afastamento para INSS) quando se tratar de apólice de Funcionário.</li> <li>- Cópia do Holerith Referente ao Último mês em Atividade (Antes do Afastamento)</li> </ul>				
<b>ATENÇÃO</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para o atestado do médico-assistente vide verso</li> <li>- Pede-se o favor de responder claramente todos os quesitos deste formulário, a fim de facilitar a liquidação.</li> <li>- Reconhecer firma do Médico-Assistente</li> </ul>				

**RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE**

Data de Início da Doença (DID) / /	Data da Caracterização da Doença (DCD): / /
---------------------------------------	------------------------------------------------

Data de Início da Incapacidade Total, a partir da qual a doença ocasionou a incapacidade total e permanente. (DII)  
/ /

Diagnóstico	Data do Diagnóstico / /
-------------	----------------------------

Histórico da Evolução da doença

**RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES**

Obs: anexar cópia do exame histológico conclusivo.

**TERAPEUTICA EM CURSO****OBSERVAÇÕES**

O abaixo assinado médico-assistente declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.

Local/Data

Assinatura e Carimbo do Médico-Assistente  
(com firma reconhecida)

**IMPORTANTE**

- Quando usar termos técnicos no diagnóstico, colocar entre parênteses a expressão corrente de seu significado.

**DADOS DO MÉDICO**

Nome legível do médico		CRM	
Endereço Residencial	Nº	Complemento	CEP
Bairro	Cidade	UF	Telefone (DDD)