



Nº da Apólice	Nº do Certificado	Grupo	Emissão / /	Valor do Seguro R\$
INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO ESTIPULANTE/SEGURADO(A)				
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? / /				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 50px;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Local/Data</div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Assinatura/Carimbo do Comunicante</div> </div>				
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				
Declaro, outrossim, que libero todas as informações médicas a meu respeito quer em caráter particular e/ou confidencial.				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Local/Data</div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">Assinatura do Segurado/Sinistrado</div> </div>				
POSSUI SEGURO DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRAS COMPANHIAS? (Caso afirmativo, indicar)				
Tipo de Seguro	Valor		Companhia	
Tipo de Seguro	Valor		Companhia	
RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicado de Sinistro com Informações Médicas (Preenchidos todos os itens) - Cópia do exame histológico que definiu a Doença - Cópia do RG/RNE, CPF do segurado e comprovante de residência - Cópia do Registro de Empregado e Carteira Profissional do Funcionário (Parte da Anotação do Afastamento para INSS) quando se tratar de apólice de Funcionário. - Cópia do Holerith Referente ao Último mês em Atividade (Antes do Afastamento) 				
ATENÇÃO				
<ul style="list-style-type: none"> - Para o atestado do médico-assistente vide verso - Pede-se o favor de responder claramente todos os quesitos deste formulário, a fim de facilitar a liquidação. - Reconhecer firma do Médico-Assistente 				

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

Em caso de invalidez, classifique:

 Parcial e Temporária Parcial e Permanente Não há Invalidez Total e Temporária Total e permanente**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)