

Nº do Aviso

**Dados do Cliente**

Nome do Segurado Principal		CPF	Data de Nascimento / /	
Nome do Sinistrado (preencher se não for o mesmo do segurado principal)		CPF	Data de Nascimento / /	
Estado Civil	Profissão		Renda Média Mensal R\$	
Endereço Residencial			Bairro	
Cidade	Estado	CEP	DDD - Telefone	DDD - Celular

**Dados da Apólice**

Apólice Nº	Certificado	Tipo de Seguro   Individual   Coletivo	
------------	-------------	---	--

**Em caso de seguro coletivo, informar os dados abaixo.**

Custeio do Seguro   Contributário   Não Contributário	Nome do empregador	Data de Admissão / /	Último dia de trabalho / /
Situação do segurado na data do evento   Ativo   Aposentado Informe o motivo 1 - Tempo de Serviço 3 - Outros 2 - Acidente de Trabalho Especifique: _____   Afastado Data: / /   Outros Especifique: _____			
Houve afastamentos anteriores ao evento ?   Não   Sim Especifique os motivos e as datas: _____			

**Dados do Sinistro**

Data / /	Local / Endereço		
Local do Sinistro   Local Público   Hospital   Trabalho   Casa   Meio de transporte   Outros Especifique: _____			
Causa   Queda   Pancada   Corte   Torção   Outras Especifique: _____			
Descrição clara e circunstanciada da ocorrência			
Possui seguro registrado em outras companhias ?   Sim   Não Especifique: _____			

**Dados do Declarante (Seja próprio segurado, beneficiário, familiar, outros) - Preenchimento Obrigatório**

Nome	RG	CPF	
Grau de parentesco com o segurado			
E-mail	Opção para receber correspondência   E-mail   Correio		
Endereço Residencial		Bairro	
Cidade	Estado	CEP	DDD - Telefone

**Declaração**

Na condição de declarante, assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispense da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médico/hospitalares prestados ao Segurado Sinistrado.

Local e data de emissão	Assinatura do declarante
-------------------------	--------------------------

**Relatório Médico (A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)**

Data do Acidente / /	Data do primeiro atendimento / /
-------------------------	-------------------------------------

Quais as lesões decorridas? (Fornecer detalhes)

As lesões relatadas são diretamente consequentes de causa traumática? | | Não | | Sim  
Se positivo, esclarecer:

As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente? | | Não | | Sim  
Se positivo, indique as causas:

Quais foram os primeiros socorros?

A que tratamento foi submetido posteriormente?

Quais exames foram realizados?

Houve internação hospitalar? Informar data e nome do hospital.

O paciente encontra-se em tratamento? | | Não | | Sim      Data da Alta médica definitiva      /      /

O Segurado ficará com sequelas de caráter definitivo? | | Não | | Sim  
Se positivo, descrevê-las

**Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento (Importante: A firma do médico deverá ser reconhecida obrigatoriamente)**

Local e data	Assinatura do Médico sob o carimbo com CRM/CPF	CRM/Estado
--------------	--	------------

Endereço completo do médico	Telefone para contato
-----------------------------	-----------------------