

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: _____			
Ouve afastamentos anteriores ao evento? Sim Não Especifique os motivos e as datas: _____			

Dados do Sinistro

Data	Invalidez Parcial Total
Em que data o segurado teve conhecimento de sua Invalidez Funcional Permanente por Doença? / /	
Possui seguro registrado em outras companhias? Não Sim Especifique: _____	
Causa Neoplasias Doenças cardio-vasculares Doenças osteomoleculares Doenças infecciosas Doenças do Sistema Nervoso Outras 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 dispenso 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)**(OBS: Os campos marcados com um * são de preenchimento obrigatório)**

Descreva qual o quadro clínico atual:*

Quando foi o 1º atendimento? / /

Liste os exames e as datas em que foram realizados:*/ /

/ /

/ /

Qual o diagnóstico?*

Qual a data do diagnóstico?*

/ /

Há doença ativa?

| | Não | | Sim

O tratamento foi concluído?

Em caso negativo, especifique os recursos ainda disponíveis:

| | Sim Data da alta: / /

| | Não

Liste os procedimentos terapêuticos ministrados:*/ /

/ /

/ /

O quadro clínico atual cursa com alguma disfunção?*

Em caso positivo, informe qual*

| | Não | | Sim

Data de início: / / Tempo de evolução: ____ | | dias | | meses | | anos

Há insuficiência e/ou falência orgânica? (Em caso positivo, completar as informações abaixo)

| | Não | | Sim

Qual o tempo de evolução da mesma? ____ | | dias | | meses | | anos Data de início: / /

Que órgão, sistema orgânico ou segmento corporal encontra-se acometido?

Quais os indicadores médicos que certificam o estágio clínico atualmente assinalado?

O quadro clínico:*

Informe a data da alta

| | Foi tratado | | Está sendo tratado | | Já está tratado (alta médica) / /

O segurado apresenta algum dano ou perda funcional na forma de seqüela e/ou déficit ?* | | Não | | Sim

Em caso positivo, responda: Este dano é permanente(definitivo por ser intratável)? | | Não | | Sim

Em caso positivo, especifique a seqüela/déficit:*

A repercussão clínica deste dano é parcial?* | | Não | | Sim

Em caso positivo, descreva o grau de prejuízo (limitações físicas e/ou mentais), que não sejam passíveis de tratamento:

Existe limitação/impedimento definitivo? | | Não | | Sim

Havendo dano permanente, limitação física e/ou psíquica, quais as ações cotidianas que o segurado está impedido e/ou dependente de auxílio, inclusive de terceiros, para realizar ?

Em caso de não haver quadro clínico incapacitante, que seja gerador de desvantagem que se traduza como perda da autonomia de vida, total e permanente do segurado, favor assinalar:*

| | Não há quadro clínico incapacitante, físico e/ou mental, compatível com falências orgânicas, sistêmicas ou não, críticas ou irreversíveis, que possam ser responsáveis pela perda total e definitiva da autonomia de vida do segurado e assim serem capazes de determinar, de modo irreversível, a perda de sua existência independente.

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

Local e data de emissão

Assinatura do Médico sob o carimbo com CRM/CPF

CRM / Estado

Endereço completo do médico

Telefone para contato