

**AVISO DE SINISTRO**

**Invalidez Parcial ou Total por Acidente**

**DECLARAÇÕES DO SEGURADO:**

|  |
| --- |
| Nome completo do segurado: |
| E-mail do segurado:  |
| Endereço do segurado: |
| CPF do segurado: | Telefone: |
| Profissão: | Última ocupação: |
| Data do acidente: |
| Está em tratamento atualmente? Descreva: |
| Está habilitado a receber benefícios por invalidez, de um instituto ou de alguma outra Companhia de Seguros? Em caso afirmativo, informe detalhes a respeito.  |
| Encontra-se aposentado definitivamente por invalidez? |
| Se aposentado, qual a data da concessão da aposentadoria?  |
| Descrição do sinistro: |

Estou ciente que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.

**Local e Data Assinatura do Segurado**

**RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**

**Invalidez por acidente**

|  |
| --- |
| Nome do paciente: |
|
| Data 1ª consulta: | Data última consulta: |
| Diagnóstico: |
|
| O tratamento está concluído? |
|
| Quais exames foram realizados? |
|
| Qual foi o tratamento aplicado? (clínico, cirúrgico, etc.) |
|
| Qual o quadro clínico atual do paciente? |
|
| Qual o prognóstico? |
|
| Encontram-se esgotadas as possibilidades de recuperação do paciente? |
|
| Qual(is) o(s) membro(s) atingido(s)? |
|
| A invalidez é total ou parcial? Se parcial, indicar o grau de perda/invalidez do membro atingido. |
|
| **DADOS DO MÉDICO** |
| Nome do Médico: |  CPF:  | CRM: |

**Local e Data Assinatura do Médico**

**DECLARAÇÃO ESTIPULANTE**

**SITUAÇÃO PROFISSIONAL**

Nº da apólice (uso interno da Cia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail de contato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Falecido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Admissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Última ocupação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Último dia de trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor último salário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Afastado do serviço anteriormente por enfermidade? ( ) Sim ( ) Não

Período \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aposentado? ( ) Sim ( ) Não

Data da aposentadoria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desde quando o segurado passou a faltar acentuadamente em virtude da moléstia?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabalhou mais quanto tempo após os primeiros sintomas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui outras apólices de ( ) Vida ( ) Acidentes Pessoais ( ) Pecúlio ( ) Renda

Se sim, qual Seguradora/Entidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº da apólice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estou ciente que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.

**Local e Data Carimbo e Assinatura do Estipulante**