

**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**