

## DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE

Nome do Segurado:		CPF:	Data de nasc.:
Estipulante/empresa:		Apólice\Certificado:	
CNPJ:	DDD e Tel.:	Pessoa de Contato:	
Data admissão/:	Último dia de trabalho:	Último salário:	
Última ocupação:			
Situação do segurado na data do sinistro: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros		Tipo de aposentadoria: <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de serviço <input type="checkbox"/> Invalidez	
Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros:		Possui plano de saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nome do plano de saúde:	
Recebeu indenizações recorrentes desse evento por outra seguradora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais?			
Assinatura do Segurado/Reclamante/Representante Legal		Carimbo e Assinatura do Estipulante	

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS- DMHO  
(a ser respondido pelo médico assistente)

Data do acidente:	Data da primeira consulta:
Especifique as lesões sofridas e o tratamento instituído:	
Houve procedimento cirúrgico? Se positivo, especificar abaixo:	
Período(s) de hospitalização:	
Período(s) de tratamento ambulatorial:	
Houve alta hospitalar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se positivo, informar a data:
Houve alta médica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se positivo, informar a data:
Nome do(s) médico(s) assistente(s):	

Nome do(s) hospital(is) e clínica(s):

Sua assistência ao paciente:  Habitual  Não Habitual

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO:**

Observação:

A declaração médica prestada é de inteira responsabilidade do médico assistente do segurado, caso as informações não possam ser devidamente comprovadas e documentadas através de registros médicos oficiais.

Nome do médico:

Endereço:

Cidade/Estado:

Especialidade:

CRM:

DDD e Telefone:

E-mail:

Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo com CRM Local e Data