

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	
		Data do requerimento: Data da concessão:	
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		Carimbo e Assinatura do Estipulante	

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT / INDENIZAÇÃO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - IIT
(a ser respondido pelo médico assistente)

Origem da incapacidade: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Doença	
Data da primeira consulta:	Data de início da incapacidade:
Especifique a doença e, em caso de acidente, especificar sua natureza, as lesões sofridas, e qual tratamento instituído:	
Diagnóstico principal – CID 10:	
Diagnóstico secundário – CID 10	
Procedimento(s) realizado(s): <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico Especificar abaixo:	
Período(s) de hospitalização:	
Período(s) de tratamento ambulatorial:	

