

DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE

Segurado titular:	CPF:	Data de nasc.:
Segurado sinistrado:	CPF:	Data de nasc.:
Estipulante/empresa:	Apólice/Certificado:	Data de Admissão:
Última ocupação:	Último dia de trabalho:	Último salário:
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:
<p>Para fins deste comunicado, acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causado por lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou ainda que torne necessária a realização de tratamento médico.</p> <p>Houve acidente pessoal, segundo o preconizado acima? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Data do Acidente: ___/___/_____ Local do acidente: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Via pública</p> <p>Se em via pública, foi acidente de trânsito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Houve boletim de ocorrência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Especifique detalhes do local do acidente e das demais questões a este relacionadas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<hr/> Assinatura do Segurado/Reclamante		<hr/> Carimbo e Assinatura do Estipulante

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
(Para ser respondido pelo Médico e/ou Instituição médica que prestou atendimento ao Segurado acidentado)

Anexar cópia do laudo do primeiro atendimento médico-hospitalar e de exames complementares realizados

Descrever quadro clínico e o tratamento instituído no primeiro atendimento médico prestado (descrever o conjunto de lesões agudas, suas repercussões imediatas e medidas terapêuticas):

Informar o nome e localidade da Instituição onde ocorreu o primeiro atendimento:

Informar quais os exames realizados para definição do quadro clínico:

Descrever a evolução do quadro clínico da lesão/disfunção:

Houve tratamento cirúrgico? Sim Não Especifique:

Houve tratamento fisioterápico? Sim Não Especifique:

Há tratamento em curso? Sim Não Especifique:

Houve alta médica definitiva? Sim Não Informe: Alta em ____/____/____

Há caracterização de perda funcional ou anatômica de forma definitiva? Sim Não

Em caso positivo, descreva quais as perdas funcionais ou anatômicas existentes para cada membro ou órgão atingido.

Definir o percentual de perda ou estabelecer a perda conforme quadro no item seguinte.

Especifique o grau da limitação funcional existente correspondente ao membro ou órgão lesionado:

AUSENTE (0%) LEVE (25%) MODERADA (50%) GRAVE (75%) TOTAL (100%)

Acrescentar observações médicas que possam traduzir o prognóstico terapêutico em relação à íntegra do quadro clínico atual:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO-ASSISTENTE DO SEGURADO
(a ser respondido pelo médico-assistente)

Observações:
Ratifica-se que todos os dados e registros médicos acima informados serão de responsabilidade do médico declarante caso não possam ser devidamente comprovados por registros médicos oficiais.

Nome completo do médico:

Especialidade: _____ CRM: _____ Telefone: () _____

Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM	Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)
--	---