

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante				
Estipulante/Empresa			Apólice/Certificado	
Nome do Segurado			CPF	
Data de Nascimento	Idade	Data de Admissão	Profissão	Telefone
Logradouro (rua, av., etc.)				
Complemento		Bairro	Cidade	UF
CEP	Telefone	Recado	e-mail	
Aposentado?		Tipo de Aposentadoria		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    Desde: ____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Invalidez		
Mencione outras Seguradoras com as quais possui seguros				
Descrição do Evento				
Data do Acidente	Hora do Acidente	Local		
O evento foi registrado por Autoridade Policial?		Distrito Policial	Foi feito exame no I.C.? (em caso positivo anexar cópia do laudo)	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Descreva como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências				

<b>Relatório Médico</b>			
1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que prestou atendimento ao segurado em tratamento decorrente do acidente. 2) Para facilitar o pagamento do seguro, o médico declarante deve responder completamente todos os quesitos. 3) Caso os espaços destinados às respostas não for suficiente, utilizar a parte destinada às “observações adicionais”.			
Especificar as lesões decorrentes do acidente / diagnóstico			
Diagnóstico Inicial das Lesões			
Tratamento Realizado			
Foram as Lesões Causadas exclusivamente pelo acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Esclarecer			
Houve Concorrência de doença anterior complicando as lesões causadas pelo acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Esclarecer			
Houve internação hospitalar?	Período(s)	Hospital(is)	
O paciente encontra-se em tratamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da alta médica	Caso negativo, qual o tempo previsto para sua alta?	
Houve perda ou impotência funcional definitiva de membros ou órgãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Descrever	O paciente encontra-se afastado das suas atividades profissionais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Qual Período?		
Qual o grau de perda ou impotência funcional do membro / órgão em percentual ( de 0% a 100%)	Na possibilidade de qualificar a incapacidade em percentual, indicar: <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Máximo		
Era o paciente portador de alguma deficiência anterior? Especificar:			
Houve atendimento médico antes do evento?	Datas		
Nome dos médicos responsáveis			
<b>Identificação do Médico Assistente</b>			
Nome do Médico			
Endereço			
Cidade/Estado	DDD e Telefone	e-mail	
Especialidade	CRM		
Observações-			
_____ <b>Local e Data</b> _____		<b>Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)</b>	
_____ <b>Assinatura e Carimbo</b>			