

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? [ ] Não [ ] Sim Desde: ____ / ____ / ____			Tipo de Aposentadoria [ ] Idade [ ] Tempo de Serviço [ ] Invalidez		
Mencione outras Seguradoras com as quais possui seguros					
Relatório Médico					
1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tratou do Segurado na sua última enfermidade. 2) Para facilitar o pagamento do seguro, o médico declarante deve responder completamente todos os quesitos. 3) Evitar o uso de termos vagos, como "lesão do coração", "debilidade geral" e semelhantes, exceto se seguidos de explicação detalhada. 4) Caso os espaços destinados às respostas não for suficiente, utilizar a parte destinada às "observações adicionais".					
Desde quando foi seu médico?		Qual motivo?			
Início dos sintomas		Quais?			
Diagnóstico detalhado da Doença e Código do C.I.D.					
Quando e de que forma foi diagnosticada a doença do Segurado?					
Doenças Secundárias				Data do diagnóstico	
Quais exames foram realizados para esclarecimentos do diagnóstico? Mencione datas e resultados.					
Tinha o paciente conhecimento da doença? [ ] Não [ ] Sim Desde quando? _____					
Houve internação hospitalar?	Período(s)	Hospital(is)			
O paciente encontra-se com o quadro clínico estabilizado? [ ] Não [ ] Sim					
O quadro pode se agravar? [ ] Não [ ] Sim					
Em caso de doenças neurológicas ou psiquiátricas o segurado tem condições para exercer atos da vida civil? [ ] Não [ ] Sim					
O segurado perdeu totalmente a sua capacidade autônoma? (Higienizar-se, vestir-se, alimentar-se, deambular) [ ] Não [ ] Sim					
Em caso de resposta positiva, em que data foram esgotados os recursos terapêuticos e a doença tornou-se totalmente incapacitante?					
Caso o segurado ainda não se encontre em alta médica, qual o tempo previsto para que ocorra a alta?					
Houve atendimento médico antes do evento?		Datas			
Nome dos médicos responsáveis					

**Identificação do Médico Assistente**

Nome do Médico		
Endereço		
Cidade/Estado	DDD e Telefone	e-mail
Especialidade		CRM
Observações Adicionais-		
<hr/> <b>Local e Data</b> _____ <hr/> <b>Assinatura e Carimbo</b>		<b>Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)</b>