

**AVISO DE SINISTRO DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS
COM ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (A.E.D)**

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR _____ APÓLICE Nº _____

SEGURADO _____ DATA NASCIMENTO _____

PROFISSÃO _____ ESTADO CIVIL _____ DATA DE ADMISSÃO _____ ÚLTIMO DIA DE TRABALHO _____ ÚLTIMO SALÁRIO _____

SINISTRO DE

- MORTE NATURAL/DOENÇA INVALIDEZ POR ACIDENTE D.I.T. REEMBOLSO PARA COMPRA DE JAZIGO REEMBOLSO PARA REPATRIAMENTO DE CORPO
 MORTE POR ACIDENTE D.M.H. ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA CESTA BÁSICA REEMBOLSO FUNERAL
 D.M.H.O.E. D.I.H.

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? _____ EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR:

PERÍODO DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

ESTAVA APOSENTADO? _____ DESDE QUANDO? _____ MOTIVO _____

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE

NOME _____ DATA NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____ TELEFONE _____

ENDEREÇO _____ CIDADE _____ ESTADO _____

DATA DO ACIDENTE _____ HORAS _____ LOCAL DO ACIDENTE _____

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? _____ QUAL? _____

CITE 2 (DUAS) PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU QUE SOCORRERAM O SEGURADO:

NOME _____ ENDEREÇO _____

NOME _____ ENDEREÇO _____

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO _____ LOCALIDADE _____ HOSPITAL _____

NOME DO MÉDICO _____ ENDEREÇO _____

DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA _____ NOME DO MÉDICO _____ ENDEREÇO _____

INFORMAR SE POSSUI OUTROS SEGUROS DE ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.I.T.

Pela presente, comunico à **Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais** o sinistro ocorrido com o sr.(a) _____ no dia ____/____/____

Nesta oportunidade, autorizo a Companhia Seguradora através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao segurado, as informações sobre seu estado de saúde. os médicos e/ou instituições informantes, ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

NOME DO SEGURADO:						
MORTE NATURAL	LOCAL DO FALECIMENTO	DATA	HORA	FOI A SEU MÉDICO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU?	DATA 1ª CONSULTA	DATA ÚLTIMA CONSULTA
	QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?					
	INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO SEGUNDO A SUA ORDEM:					
	A) PRIMÁRIA					
	B) SECUNDÁRIA					
	ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)					
	HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO POSITIVO INFORMAR: HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO					
	TINHA O FALECIDO CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?	DESDE QUANDO?	QUAL A PROFISSÃO DO SEGURADO?	QUANTO TEMPO ESTEVE IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR?		
	HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA MORTE, DE HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO FALECIDO?					
	FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, ETC.)					
O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? (PEDE-SE DAR DETALHES, CASO POSITIVO)						
EMPREGOU O FALECIDO A OUTROS MÉDICOS DURANTE A SUA ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO POSITIVO, INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						
ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (A.E.D)	INFORMAR O INÍCIO DA DOENÇA, QUALIFICADO PELA DATA EM QUE ESTA FOI EFETIVAMENTE DIAGNOSTICADA.					
	INFORMAR A DATA DA PRIMEIRA AVALIAÇÃO E DESCREVER A HISTÓRIA CLÍNICA COM A QUEIXA PRINCIPAL, ETIOLOGIA E TEMPO DE DURAÇÃO.					
	INFORMAR AS DATAS E OS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES APRESENTADOS NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO E/OU QUAIS OS EXAMES SOLICITADOS, COMAS DATAS DA REALIZAÇÃO E OS RESULTADOS.					
	INFORMAR A EVOLUÇÃO, INTERCORRÊNCIAS, DATAS E LOCAIS DE INTERNAÇÕES, SE HOUVER.					
	CITAR OUTRAS DOENÇAS QUE TENHAM CONTRIBUÍDO PARA O AGRAVAMENTO DO QUADRO ATUAL.					
	DIANTE DOS DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS, O PACIENTE FOI CONSIDERADO PARCIALMENTE OU TOTALMENTE INVÁLIDO? DESDE QUE DATA?					
	O PACIENTE ESTÁ CAPACITADO PARA GERIR SEUS BENS OU HÁ NECESSIDADE DE CURATELA DEFINITIVA?					
	O PACIENTE DEPENDE DA AJUDA DE TERCEIROS PARA REALIZAR SUAS NECESSIDADES PESSOAIS DIÁRIAS? DESCREVA QUAIS FUNÇÕES ELE NÃO CONSEGUE REALIZAR SEM AJUDA.					
	INFORME O NOME DE PROFISSIONAIS OU INSTITUIÇÕES MÉDICAS QUE TENHAM CUIDADO DO PACIENTE ANTERIORMENTE.					
	ACIDENTES PESSOAIS (INVALIDEZ - DMH - DIT)	DATA DO ACIDENTE	DATA 1º DO ATENDIMENTO MÉDICO	HISTÓRICO DO ACIDENTE		
DESCRIÇÃO DA LESÃO EM DETALHES						
QUAL O TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO?						
HOUE INTERNAÇÃO? EM CASO POSITIVO INFORMAR NOME E ENDEREÇO DO HOSPITAL OU DA CLÍNICA						
DATA DA INTERNAÇÃO		DATA DA ALTA	ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO POSITIVO, QUAL?			
ESTÁ O PACIENTE EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?						
HÁ INVALIDEZ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> TEMPORARIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE						
DESCREVA AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA ORGÃO OU MEMBRO ISOLADAMENTE E CLASSIFICANDO-O SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL (0% A 100%)						
MENCIONAR OUTROS MÉDICOS QUE TRATARAM DO SEGURADO (NOME E ENDEREÇO)						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						
DADOS MÉDICOS	NOME DO MÉDICO					CRM Nº
	ENDEREÇO					TELEFONE
	E-MAIL			MÉDICO ASSISTENTE		
	AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO VERDADEIRAS					
	LOCAL E DATA			ASSINATURA DO MÉDICO		