



GRUPO SEGUADOR  	FORMULÁRIO		CÓDIGO	FR.163
	AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS		VERSÃO	V001-2012
			REFERÊNCIA	NP.062

Nº da Apólice	Nº do Item
---------------	------------

INFORMAÇÕES A RESPEITO DA PESSOA ACIDENTADA

Nome Completo	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Profissão
Endereço Residencial	Município	UF	CEP

POSSUI SEGURO DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRAS COMPANHIAS? (Caso afirmativo, indicar)

Tipo de Seguro	Valor	Companhia
Tipo de Seguro	Valor	Companhia

INFORMAÇÕES A RESPEITO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Local do Acidente	Município	UF	Hora	CEP
-------------------	-----------	----	------	-----

Nome das testemunhas ou das pessoas que viram o acidentado logo após o acidente

Atividade exercida pelo segurado no momento do acidente

Pessoa que prestou os primeiros socorros

Local e tempo em que estes foram prestados

Nome do Médico que assistiu o segurado



Nome do Médico que assistiu o segurado

Endereço Residencial	Município	UF	CEP
----------------------	-----------	----	-----

DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE, MENCIONANDO A CAUSA E SUAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS

O abaixo assinado declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.

_____ Local/Data	_____ Assinatura do Beneficiário
---------------------	-------------------------------------

GRUPO SEGUADOR  	FORMULÁRIO		CÓDIGO	FR.163
	AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS		VERSÃO	V001-2012
			REFERÊNCIA	NP.062

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Comunicado de Sinistro com Informações Médicas (Preenchidos todos os itens)
 - Cópia do RG/RNE, CPF do segurado e Comprovante de Residência.
 - Anexar exames e laudos médicos que confirmam a Invalidez Permanente
 - Cópia de Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); Cópia da CNH se segurado for Condutor
 - Cópia do Registro de Emprego e Carteira Profissional do Funcionário (Parte da Anotação do Afastamento para INSS) – quando se tratar de apólice de Funcionário.
 - Cópia do Holerith Referente ao Último mês em Atividade (Antes do Afastamento)
- Obs.: Todos os documentos necessários para a regulação devem ser autenticados.**

1

NOME DO SEGURADO:

RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE

Data do Acidente:	Data do Atendimento Médico:
-------------------	-----------------------------

As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática?
 SIM NÃO

Em caso negativo, qual é a causa?

Quais as lesões sofridas (diagnóstico)?

Qual o Tratamento Imediato?

Encontra-se o segurado com alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual a data da alta médica definitiva?
---	--



Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta e a que terapêutica está sendo submetido?

Ficará o segurado com alguma invalidez?
 SIM NÃO

Em caso de invalidez, classifique:
 Parcial e temporária Parcial e permanente Total e temporária Total e permanente

Em caso de invalidez parcial e permanente, descreva-se com detalhes:

Em caso de invalidez parcial e permanente, como classificaria o percentual de (0 a 100) de perda do órgão lesado? Descrever separadamente.

GRUPO SEGUADOR  	FORMULÁRIO		CÓDIGO	FR.163
	AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS		VERSÃO	V001-2012
			REFERÊNCIA	NP.062

Quais outras observações V.Sa. julga oportuno fazer?

O abaixo assinado médico-assistente declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.

Local/Data

Assinatura e Carimbo do médico Assistente

Nota: com firma reconhecida.

DADOS DO MÉDICO

Nome legível do médico			CRM
Endereço Residencial		Nº	Complemento
			CEP
Bairro	Cidade	UF	Telefone (DDD)