

<b>OCORRÊNCIA:</b>		<b>APÓLICE:</b>	
<b>NOME DO SEGURADO (A):</b>			
<b>CPF:</b>		<b>RG:</b>	<b>DATA DE NASC:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>			<b>CEP:</b>
<b>BAIRRO:</b>		<b>CIDADE / ESTADO:</b>	
<b>E-MAIL:</b>		<b>TELEFONE: ( )</b>	
<b>DADOS BANCÁRIOS</b>			
<b>TIPO DE CONTA:</b> <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA (BANCO DO BRASIL, SANTANDER, BANRISUL, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA, OU ITAÚ)			
<b>NOME E NÚMERO DO BANCO:</b>	<b>NÚMERO DA AGÊNCIA:</b>	<b>NÚMERO DA CONTA E DÍGITO:</b>	
O RECIBO DO DEPÓSITO EMITIDO PELO BANCO DEPOSITÁRIO SERVIRÁ COMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO E TERMO DE QUITAÇÃO AMPLA, GERAL, E IRREVOGÁVEL, PELA OBRIGAÇÃO SECURITÁRIA CUMPRIDA COM O PRESENTE PAGAMENTO, PARA MAIS NADA RECLAMAR A QUALQUER TEMPO, RELATIVAMENTE AO SERVIÇO INDENIZADO, A QUALQUER TÍTULO EM JUÍZO OU FOR A DELE.			
<b>PROFISSÃO:</b>	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> CLT	
<b>FAIXA DE RENDA MENSAL:</b>			
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 20.000,00	
<input type="checkbox"/> DE R\$ 3.000,01 A R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 10.000,01 A R\$ 20.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA MENSAL	
<b>DADOS DO SINISTRO</b>			
<b>DATA DO ACIDENTE:</b> / /	<b>LOCAL DO ACIDENTE:</b>	<b>HORA DO ACIDENTE:</b>	
	ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	REGISTRO POLICIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>ESTEVE AFASTADO DO SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 03 (TRÊS) ANOS?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO INDICAR O PERÍODO E O MOTIVO.	<b>POSSUI SEGURO EM OUTRAS SEGURADORAS?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO ESPECIFIQUE QUAIS		
<b>DESCREVER A OCORRÊNCIA E OS MEMBROS OU ORGÃOS DO CORPO ATINGIDO:</b>			
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, CASO SEJA CONSTADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E / OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, PERDEREI O DIREITO A INDENIZAÇÃO. AUTORIZO A LIBERTY SEGUROS ATRAVÉS DE SEUS REPRESENTANTES / PRESTADORES, A EFETUAR QUAISQUER LEVANTAMENTOS NECESSÁRIOS, INCLUSIVE CÓPIA DE EXAMES, RELATÓRIOS E/OU DECLARAÇÃO MÉDICA, PRONTUÁRIOS E OUTROS DOCUMENTOS MÉDICOS, JUNTO A HOSPITAIS, CLINICAS, CONSULTÓRIOS E EMPRESAS DE SEGURO SAÚDE/CONVÊNIO MÉDICO.			
<b>LOCAL E DATA</b>		<b>ASSINATURA DO SEGURADO COM FIRMA RECONHECIDA</b>	



<b>OCORRÊNCIA:</b>		<b>APÓLICE:</b>
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE</b>		
DATA E HORA DO ACIDENTE:	LOCAL DO ACIDENTE:	DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO:
QUAIS AS CONDIÇÕES DE INTEGRIDADE FISIOLÓGICA E ANATÔMICA DO SEGURADO? INDICAR OS VESTÍGIOS DE LESÕES, DOENÇAS E ENFERMIDADES.		
AS LESÕES CONSTATADAS SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTE DE CAUSA TRAUMÁTICA? EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?		
O PACIENTE APRESENTA QUALQUER DEFEITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE AO ACIDENTE ATUAL? DESCREVA QUAIS E INFORME A DATA DO OCORRIDO/DIAGNÓSTICO.		
ESTE DEFEITO, LIMITAÇÃO OU DOENÇA, PODE AGRAVAR OU VIR A AUMENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE? ESCLAREÇA		
HOUE REDUÇÃO FUNCIONAL PERMANENTE DECORRENTE DO ACIDENTE? SE POSITIVO, INDICAR A PERDA EM PERCENTUAL (%)		
DESCREVA OS TRATAMENTOS INSTITUIDOS, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO E SUAS DATAS.		
O SEGURADO ENCONTRA-SE COM O QUADRO CLÍNICO ESTABILIZADO? <input type="checkbox"/> NÃO, AINDA EM TRATAMENTO MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM, ALTA MÉDICA DEFINITIVA EM    /    /		
O PACIENTE ESTEVE OU ESTÁ NO GOZO DO BENEFÍCIO DE AUXÍLIO-DOENÇA JUNTO AO INSTITUTO PREVIDENCIÁRIO OFICIAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ATÉ    /    / <input type="checkbox"/> APOSENTADO POR DOENÇA DESDE    /    /		
<b>NOME DO MÉDICO:</b>		<b>CRM:</b>
<b>ESPECIALIDADE:</b>		<b>TELEFONE: (    )</b>
<b>ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:</b>		
<b>BAIRRO:</b>	<b>CIDADE/ESTADO:</b>	<b>CEP:</b>
LOCAL E DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

