

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

ATENÇÃO: Para abreviar o julgamento da invalidez, pede-se preencher legivelmente todos os itens deste formulário

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

NOME COMPLETO DO(A) SEGURADO(A) _____	DATA DE NASCIMENTO _____		
CPF _____	TEL. RESIDENCIAL _____ ()	TEL. CELULAR _____ ()	
EMAIL _____			
ENDEREÇO _____	Nº _____	COMPLEMENTO _____	
BAIRRO _____	CIDADE _____	CEP _____	UF _____
ESTÁ LICENCIADO PELO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA DO INÍCIO E TÉRMINO _____		
NO CASO DE APOSENTADORIA, ESCLARECER SE FOI CONCEDIDA POR <input type="radio"/> IDADE <input type="radio"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="radio"/> INVALIDEZ			

DESCREVA DETALHADAMENTE COMO OCORreu O ACIDENTE MENCIONANDO SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

NOME(S) DO(S) MÉDICO(S) QUE O TEM ASSISTIDO E CRM

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

INDICAR TIPO E GRAU DE INVALIDEZ PLEITEADA <input type="radio"/> INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL POR ACIDENTE <input type="radio"/> INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE	DATA DA OCORRÊNCIA (DATA DO ACIDENTE QUE DETERMINOU A INVALIDEZ)
DATA DE AFASTAMENTO DO TRABALHO _____	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO _____
HOUVE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA DE MEMBRO(S) OU ÓRGÃO(S)? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	EM CASO POSITIVO, INDICAR MEMBRO(S) OU ÓRGÃO(S) ATINGIDOS _____

DESCREVA COM BASE NO DIAGNÓSTICO AS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA(S) LESÃO(ÕES)

EXISTEM TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS OU CIRÚRGICOS DISPONÍVEIS QUE POSSAM REVERTER O QUADRO? CITAR QUAIS

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente



CENTAUR & CONSTELLATION INSURANCE, INC

INDIQUE O(S) NOME(S) DE OUTRO(S) MÉDICO(S) QUE TENHA(M) ASSISTIDO, BEM COMO HOSPITAL(IS) QUE ATENDEU(RAM) POR OCASIÃO DE SUA ENFERMIDADE

AFIRMO QUE ASSISTO O SEGURADO NO PERÍODO DE _____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, ESCRITAS DO MEU PRÓPRIO PUNHO, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ANEXAR CÓPIAS DE EXAMES E LAUDOS RELATIVOS AO ACIDENTE

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

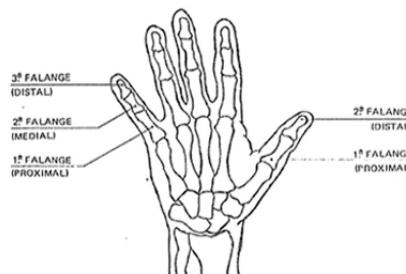
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL DE CARÁTER IRREVERSÍVEL

Especificar o membro ou órgão atingido, com o respectivo grau de redução (25%, 50%, 75% ou 100%)

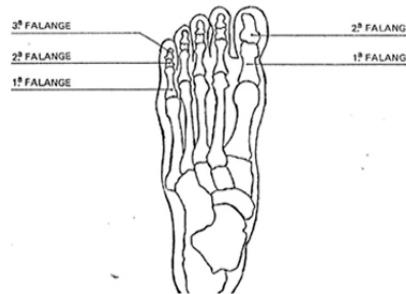
Obs: em caso de perda ou redução auditiva, anexar o laudo do exame de audiometria

MEMBRO OU ÓRGÃO LESIONADO

GRAU DE REDUÇÃO



OBSERVAÇÕES



OBSERVAÇÕES

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1 PARIETAL | 32 TERÇO INFERIOR DO ANTEBRAÇO |
| 2 FRONTAL | 33 FUNHO |
| 3 ORBITÁRIA | 34 DORSAL DA MÃO |
| 4 TEMPORAL | 35 PALMAR DA MÃO |
| 5 OCCIPITAL | 36 MAMÁRIA |
| 6 AURICULAR | 37 HIPOCÔNDRIO |
| 7 NASAL | 38 EPIGÁSTRICA |
| 8 MALAR | 39 FLANCO |
| 9 ZIGOMÁTICA | 40 ABDOMINAL (MESOGÁSTRICA) |
| 10 MASSETERINA | 41 UMBÉRAL |
| 11 NUCA | 42 HIPOGÁSTRICA |
| 12 SUPRA-CLAVICULAR | 43 PUBIANA |
| 13 CAROTIDIANA | 44 FOSA ILÍACA |
| 14 BUCINADORA | 45 INGUINAL |
| 15 LABIAL | 46 CRURAL |
| 16 MENTONIANA | 47 QUADRIL (ILÍACA) |
| 17 SUPRA-HIÓIDEA | 48 GLÚTEA |
| 18 INFRA-HIÓIDEA | 49 TERÇO SUPERIOR DA COXA |
| 19 ESCÁPULO UMERAL | 50 TERÇO MÉDIO DA COXA |
| 20 CLAVICULAR | 51 TERÇO INFERIOR DA COXA |
| 21 INFRA-CLAVICULAR | 52 FACE LATERAL DO JOELHO |
| 22 TORÁCICA | 53 JOELHO (ROTULIANA) |
| 23 ESTERNAL | 54 POPLITÉA |
| 24 DELTOIDIANA | 55 TERÇO SUPERIOR DA PERNA |
| 25 TERÇO SUPERIOR DO BRAÇO | 56 TERÇO MÉDIO DA PERNA |
| 26 TERÇO MÉDIO DO BRAÇO | 57 TERÇO INFERIOR DA PERNA |
| 27 TERÇO INFERIOR DO BRAÇO | 58 MALEOLAR |
| 28 LATERAL DO COTOVelo | 59 DORSAL DO PÉ |
| 29 COTOVelo | 60 CALCANÉO |
| 30 TERÇO SUPERIOR DO ANTEBRAÇO | 61 LATERAL DO PÉ |
| 31 TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO | 62 ARTELHOS |

NOME DO MÉDICO _____

CRM _____

ENDEREÇO CONSULTÓRIO _____

TELEFONE _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____

TELEFONE _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO