

# 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

|                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| <input type="text"/> | APÓLICE Nº <input type="text"/> |
|----------------------|---------------------------------|

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA

#### DADOS DO(A) SEGURADO(A)

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

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

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

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

#### DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

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

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

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

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

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Invalidez Permanente

### Total ou Parcial por Acidente



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%)

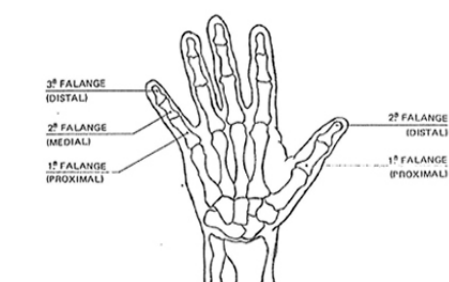
Obs: em caso de perda ou redução auditiva, anexar o laudo do exame de audiometria

MEMBRO OU ÓRGÃO LESIONADO

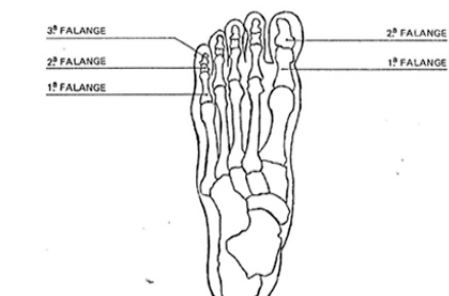
|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

GRAU DE REDUÇÃO

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



OBSERVAÇÕES



- 1 PARIETAL
- 2 FRONTAL
- 3 ORBITÁRIA
- 4 TEMPORAL
- 5 OCCIPITAL
- 6 AURICULAR
- 7 NASAL
- 8 MALAR
- 9 ZIGOMÁTICA
- 10 MASSETERINA
- 11 NUCA
- 12 SUPRA-CLAVICULAR
- 13 CAROTIDIANA
- 14 BUCINADORA
- 15 LABIAL
- 16 MENTONIANA
- 17 SUPRA-HIÓIDEA
- 18 INFRA-HIÓIDEA
- 19 ESCÁPULO UMERAL
- 20 CLAVICULAR
- 21 INFRA-CLAVICULAR
- 22 TORÁCICA
- 23 ESTERNAL
- 24 DELTOIDIANA
- 25 TERÇO SUPERIOR DO BRAÇO
- 26 TERÇO MÉDIO DO BRAÇO
- 27 TERÇO INFERIOR DO BRAÇO
- 28 LATERAL DO COTOVELO
- 29 COTOVELO
- 30 TERÇO SUPERIOR DO ANTEBRAÇO
- 31 TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO



- 32 TERÇO INFERIOR DO ANTEBRAÇO
- 33 PUNHO
- 34 DORSAL DA MÃO
- 35 PALMAR DA MÃO
- 36 MAMÁRIA
- 37 HIPOCÔNDRIO
- 38 EPIGÁSTRICA
- 39 FLANCO
- 40 ABDOMINAL (MESOGÁSTRICA)
- 41 UMBILICAL
- 42 HIPOGÁSTRICA
- 43 PUBIANA
- 44 FOSSA ILÍACA
- 45 INGUINAL
- 46 CRURAL
- 47 QUADRIL (ILÍACA)
- 48 GLÚTEA
- 49 TERÇO SUPERIOR DA COXA
- 50 TERÇO MÉDIO DA COXA
- 51 TERÇO INFERIOR DA COXA
- 52 FACE LATERAL DO JOELHO
- 53 JOELHO (ROTULIANA)
- 54 PÓPLITEA
- 55 TERÇO SUPERIOR DA PERNA
- 56 TERÇO MÉDIA DA PERNA
- 57 TERÇO INFERIOR DA PERNA
- 58 MALEOLAR
- 59 DORSAL DO PÉ
- 60 CALCANEIO
- 61 LATERAL DO PÉ
- 62 ARTELIHOS

OBSERVAÇÕES

|  |
|--|
|  |
|  |

NOME DO MÉDICO

|  |
|--|
|  |
|--|

CRM

|  |
|--|
|  |
|--|

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

|  |
|--|
|  |
|--|

TELEFONE

|  |
|--|
|  |
|--|

ENDEREÇO RESIDENCIAL

|  |
|--|
|  |
|--|

TELEFONE

|  |
|--|
|  |
|--|

LOCAL E DATA

|  |
|--|
|  |
|--|

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

|  |
|--|
|  |
|--|