

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Risco Cirúrgico

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA	APÓLICE Nº
------------------------------------	------------

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
DATA DE ADMISSÃO	ÚLTIMA OCUPAÇÃO DO SEGURADO	ÚLTIMO DIA DE TRABALHO	
ESTAVA AFASTADO DO TRABALHO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DESDE QUE DATA? / /	POR QUE MOTIVO?	
ESTAVA APOSENTADO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DESDE QUE DATA? / /	POR QUE MOTIVO?	

DADOS DO SINISTRO

NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU A CIRURGIA	TELEFONE		
ENDEREÇO DO HOSPITAL	Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	CEP	UF
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE	Nº CRM DO MÉDICO	TELEFONE	
NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO	Nº CRM DO MÉDICO	TELEFONE	
DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA CIRURGIA	DATA DA ALTA	
DATA DO DIAGNÓSTICO	CID DO DIAGNÓSTICO		

BREVE RELATO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO

CÓDIGO TUSS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Risco Cirúrgico

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO MÉDICO
(COM CARIMBO)

Anexar a este formulário os seguintes documentos necessários para a avaliação do pedido de indenização:
(É recomendável que a documentação seja encaminhada em envelope fechado)

- Formulário de Aviso de Sinistro totalmente preenchido;
- Cópia do RG e do CPF do segurado;
- Cópia atual do comprovante de residência do segurado;
- Cópia do vínculo com o estipulante;
- Cópia do prontuário;
- Cópias dos laudos dos exames realizados, quem comprovam a necessidade do procedimento cirúrgico;
- Declaração do estipulante de que o segurado esteve de licença para submeter-se a cirurgia cuja indenização está sendo solicitada;
- Declaração do hospital de que o segurado foi internado para submeter-se a cirurgia cuja indenização está sendo solicitada;
- Autorização para crédito em conta, com a cópia dos dados bancários informados.

Em qualquer momento a seguradora poderá solicitar mais documentos, se achar necessário.

AUTORIZO NA QUALIDADE DE SEGURADO(A)/BENEFICIÁRIO(A)/RESPONSÁVEL LEGAL, A MÉDICOS, HOSPITAIS E LABORATÓRIOS A PRESTAREM TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS PELA ÁREA MÉDICA DA CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SEGURADO(A)/RESPONSÁVEL
LEGAL/ESTIPULANTE