

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

APÓLICE Nº

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

DATA DE ADMISSÃO  ÚLTIMA OCUPAÇÃO DO SEGURADO  ÚLTIMO DIA DE TRABALHO

ESTAVA AFASTADO DO TRABALHO? ☐ SIM ☐ NÃO DESDE QUE DATA?  /  /  POR QUE MOTIVO?

ESTAVA APOSENTADO? ☐ SIM ☐ 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

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