

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

ESTIPULANTE		APÓLICE Nº	
NOME COMPLETO DO(A) SEGURADO(A)		CPF	
EMAIL			
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	CEP	UF
DATA DA OCORRÊNCIA	TEL. RESIDENCIAL ( )	TEL. CELULAR ( )	

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, O LOCAL, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS


PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU VIRAM O ACIDENTE LOGO APÓS O MESMO (NOMES E ENDEREÇOS)


QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA)


DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA

--

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO


HOVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE? QUAL?


CASO MANTENHA OUTRO SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS


OBSERVAÇÕES


O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS

LOCAL E DATA

NOME E ASSINATURA DO SEGURADO

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas

FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL

### RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME COMPLETO DO(A) SEGURADO(A)

DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

### DIAGNÓSTICO

CITAR OS CÓDIGOS DA AMB 92 USADOS NO TRATAMENTO

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA.

(IMPORTANTE: QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS, PARA DAR NOÇÃO DA SUA GRAVIDADE)

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE  
CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

☐ SIM ☐ NÃO

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE  
CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

☐ SIM ☐ NÃO

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

☐ NENHUMA ☐ INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL ☐ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL ☐ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA ☐ MORTE

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

QUAL O TEMPO QUE O SEGURADO NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

HOUE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE

ENDEREÇO RESIDENCIAL

TELEFONE

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO