

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

ESTIPULANTE	APÓLICE N°		
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

(5 lines for description)

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

(2 lines for names and addresses)

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA)

(2 lines for name and date)

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA

(2 lines for date)

NOME DO MÉDIO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO

(2 lines for name and hospital)

HOUVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE? QUAL?

(2 lines for answer)

CASO MANTENHA OUTRO SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS

(2 lines for insurance companies)

OBSERVAÇÕES

(5 lines for observations)

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?

HOUVE 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