

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença

ATENÇÃO: Para abreviar o julgamento da invalidez, pede-se preencher legivelmente todos os itens deste formulário

### ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

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 _____			
ENDERECO _____	Nº _____	COMPLEMENTO _____	
BAIRRO _____	CIDADE _____	CEP _____	UF _____
DATA DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO _____	ESTÁ LICENCIADO PELO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA DO INÍCIO E TÉRMINO _____	
NO CASO DE APOSENTADORIA, ESCLARECER SE FOI CONCEDIDA POR <input type="radio"/> IDADE <input type="radio"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="radio"/> INVALIDEZ			

### DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

A INVALIDEZ É DECORRENTE EXCLUSIVAMENTE DE DOENÇA? SE SIM, TEM CARÁTER PERMANENTE? (IRREVERSÍVEL) ESPECIFICAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA DA OCORRÊNCIA (DATA DO INÍCIO DA LESÃO OU DOENÇA DE BASE QUE DETERMINOU A INVALIDEZ) _____	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO _____
HOUVE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA DE MEMBRO(S) OU ÓRGÃO(S)? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	ESPECIFICAR _____

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EM CASO DE DOENÇA CAUSADORA DE PERDA IRREVERSÍVEL DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO, DESCREVA A DOENÇA DE BASE COM DATAS, ESTADO CLÍNICO ATUAL COM DATAS, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS (PROGNÓSTICO)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA EFETIVA QUE CARACTERIZOU A INVALIDEZ TOTAL (DIA, MÊS E ANO)  
(CITAR A DATA QUE FICOU CONSTATADA A INCAPACIDADE TOTAL E PERMANENTE)

/ /

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença

DURAÇÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES OBTIDAS (CITAR ANOS, MESES E DIAS)

DURAÇÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM SEU CONHECIMENTO PESSOAL (CITAR ANOS, MESES E DIAS)

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