

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária - Doença

### 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 \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

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

ESTAVA APOSENTADO?  
 SIM  NÃO DESDE QUE DATA? / / POR QUE MOTIVO? \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIAL DA DOENÇA E SUA DATA, MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

--	--	--

### DADOS DO SINISTRO - PARA PREENCHIMENTO MÉDICO

DATA DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ HOUVE INTERNAMENTO?  
 SIM  NÃO SE HOUVE, QUAL DATA? \_\_\_\_\_ DATA DA ALTA \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIAL DA DOENÇA E SUA DATA, MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

--	--	--

NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O INTERNAMENTO/ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO ASSISTENTE \_\_\_\_\_ Nº CRM DO MÉDICO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

INDIQUE O NOME DE OUTRO(S) MÉDICO(S) QUE REALIZOU ATENDIMENTO, SE HOUVER

\_\_\_\_\_ Nº CRM DO MÉDICO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nº CRM DO MÉDICO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

IDENTIFIQUE O CÓDIGO DO CID E AMB \_\_\_\_\_

DESCREVA O(S) MOTIVO(S) DO INTERNAMENTO

--	--	--

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária - Doença



### OBSERVAÇÕES


### ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Anexar os seguintes documentos necessários para a avaliação do pedido de indenização:

- Atestado médico original, assinado e carimbado, comprovando a incapacidade temporária, indicando a data do evento e o número de dias afastado;
- Cópia do RG e do CPF do segurado;
- Cópia atual do comprovante de residência do segurado;
- Cópia do vínculo com o estipulante ou subestipulante;
- Quando houver internamento, enviar a declaração do hospital de que o segurado foi internado para submeter-se a tratamento cuja indenização está sendo solicitada;
- Laudos dos exames realizados;
- Comprovante de renda mensal, holerite ou última declaração de IR;
- 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, DE ACORDO COM OS ARTIGOS 102 E 106 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

---

LOCAL E DATA

---

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

Observação: o preenchimento deste formulário não dá o direito ao hospital efetuar cobranças, à seguradora, relativas ao internamento do segurado.