

**INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE**

ESTIPULANTE/EMPREGADOR \_\_\_\_\_ APÓLICE Nº \_\_\_\_\_

SEGURADO \_\_\_\_\_ DATANASCIMENTO \_\_\_\_\_

PROFISSÃO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ ÚLTIMO DIA DE TRABALHO \_\_\_\_\_ ÚLTIMO SALÁRIO \_\_\_\_\_

SINISTRO DE  MORTE NATURAL/DOENÇA  MORTE POR ACIDENTE  INVALIDEZ POR ACIDENTE  D.M.H.  D.I.T.  ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? \_\_\_\_\_ EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR:

PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

ESTAVA APOSENTADO? \_\_\_\_\_ DESDE QUANDO? \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIOS**

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE**

NOME \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ HORAS \_\_\_\_\_ LOCAL DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS \_\_\_\_\_

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

CITE 2 (DUAS) PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU QUE SOCORRERAM O SEGURADO:

NOME \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_ HOSPITAL \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA \_\_\_\_\_ NOME DO MÉDICO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

INFORMAR SE POSSUI OUTROS SEGUROS DE ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.I.T.

PELA PRESENTE, COMUNICO À PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS O SINISTRO OCORRIDO COM O SR.(A) \_\_\_\_\_

NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NESTA OPORTUNIDADE, AUTORIZO A COMPANHIA SEGURADORA ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER DE TODO E QUALQUER MÉDICO, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERAM AO SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

LOCAL E DATA \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

**NOME DO SEGURADO:**

	LOCAL DO FALECIMENTO	DATA	HORA	FOI A SEU MÉDICO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU?	DATA 1ª CONSULTA	DATA ÚLTIMA CONSULTA	
<b>MORTE NATURAL</b>	QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?						
	INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO SEGUNDO A SUA ORDEM:						
	A) PRIMÁRIA						
	B) SECUNDÁRIA						
	ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)						
	HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO POSITIVO INFORMAR: HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO						
	TINHA O FALECIDO CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?		DESDE QUANDO?	QUAL A PROFISSÃO DO SEGURADO?	QUANTO TEMPO ESTEVE IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR?		
	HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA MORTE, DE HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO FALECIDO?						
	FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, ETC.)						
	O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? (PEDE-SE DAR DETALHES, CASO POSITIVO)						
EMPREGOU O FALECIDO A OUTROS MÉDICOS DURANTE A SUA ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO POSITIVO, INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS							
INFORMAÇÕES ADICIONAIS							
<b>ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (A.E.D)</b>	INFORMAR O INÍCIO DA DOENÇA, QUALIFICADO PELA DATA EM QUE ESTA FOI EFETIVAMENTE DIAGNOSTICADA.						
	INFORMAR A DATA DA PRIMEIRA AVALIAÇÃO E DESCREVER A HISTÓRIA CLÍNICA COM A QUEIXA PRINCIPAL, ETIOLOGIA E TEMPO DE DURAÇÃO.						
	INFORMAR AS DATAS E OS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES APRESENTADOS NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO E/OU QUAIS OS EXAMES SOLICITADOS, COM AS DATAS DA REALIZAÇÃO E OS RESULTADOS.						
	INFORMAR A EVOLUÇÃO, INTERCORRÊNCIAS, DATAS E LOCAIS DE INTERNAÇÕES, SE HOUVER.						
	CITAR OUTRAS DOENÇAS QUE TENHAM CONTRIBUÍDO PARA O AGRAVAMENTO DO QUADRO ATUAL.						
	DIANTE DOS DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS, O PACIENTE FOI CONSIDERADO PARCIALMENTE OU TOTALMENTE INVÁLIDO? DESDE QUE DATA?						
	O PACIENTE ESTÁ CAPACITADO PARA GERIR SEUS BENS OU HÁ NECESSIDADE DE CURATELA DEFINITIVA?						
	O PACIENTE DEPENDE DA AJUDA DE TERCEIROS PARA REALIZAR SUAS NECESSIDADES PESSOAIS DIÁRIAS? DESCREVA QUAIS FUNÇÕES ELE NÃO CONSEGUE REALIZAR SEM AJUDA.						
	INFORME O NOME DE PROFISSIONAIS OU INSTITUIÇÕES MÉDICAS QUE TENHAM CUIDADO DO PACIENTE ANTERIORMENTE.						
	<b>ACIDENTES PESSOAIS (INVALIDEZ - DMH - DIT)</b>	DATA DO ACIDENTE	DATA 1º DO ATENDIMENTO MÉDICO	HISTÓRICO DO ACIDENTE			
DESCRIÇÃO DA LESÃO EM DETALHES							
QUAL O TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO?							
HOUE INTERNAÇÃO? EM CASO POSITIVO INFORMAR NOME E ENDEREÇO DO HOSPITAL OU DA CLÍNICA							
DATA DA INTERNAÇÃO		DATA DA ALTA	ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO POSITIVO, QUAL?				
ESTÁ O PACIENTE EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?							
HÁ INVALIDEZ?							
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL		<input type="checkbox"/> TEMPORARIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE			
DESCREVA AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA ÓRGÃO OU MEMBRO ISOLADAMENTE E CLASSIFICANDO-O SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL (0% A 100%)							
MENCIONAR OUTROS MÉDICOS QUE TRATARAM DO SEGURADO (NOME E ENDEREÇO)							
INFORMAÇÕES ADICIONAIS							
<b>DADOS MÉDICOS</b>	NOME DO MÉDICO				CRM Nº		
	ENDEREÇO				TELEFONE		
	E-MAIL			MÉDICO ASSISTENTE			
	AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO VERDADEIRAS						
	LOCAL E DATA			ASSINATURA DO MÉDICO			