DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do Segurado: | CPF: | Data de nasc.: |
| Estipulante/empresa: | Apólice\Certificado: |
| CNPJ: | DDD e Tel.: | Pessoa de Contato: |
| Data admissão/: | Último dia de trabalho: | Último salário: |
| Última ocupação: |
| Situação do segurado na data do sinistro:Ativo Aposentado Afastado Outros | Tipo de aposentadoria:IdadeTempo de serviço Invalidez | Data do requerimento: Data da concessão: |
| Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros: | Possui plano de saúde: Sim Não Nome do plano de saúde: |
| Recebeu indenizações recorrentes desse evento por outra seguradora? Sim Não Quais? |
|  **Assinatura do Segurado/Reclamante/Representante Legal Carimbo e Assinatura do Estipulante** |

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS- DMHO

(a ser respondido pelo médico assistente)

|  |  |
| --- | --- |
| Data do acidente: | Data da primeira consulta: |
| Especifique as lesões sofridas e o tratamento instituído: |
| Houve procedimento cirúrgico? | Se positivo, especificar abaixo: |
| Período(s) de hospitalização: |
| Período(s) de tratamento ambulatorial: |
| Houve alta hospitalar? Sim | Não Se positivo, informar a data: |
| Houve alta médica? Sim | Não Se positivo, informar a data: |
| Nome do(s) médico(s) assistente(s): |

Não Habitual

Habitual

Sua assistência ao paciente:

Nome do(s) hospital(is) e clínica(s):

 IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO:

|  |
| --- |
| **Observação:**A declaração médica prestada é de inteira responsabilidade do médico assistente do segurado, caso as informações não possam ser devidamente comprovadas e documentadas através de registros médicos oficiais. |
| Nome do médico: |
| Endereço: | Cidade/Estado: |
| Especialidade: | CRM: |
| DDD e Telefone: | E-mail: |
| **Assinatura e Carimbo com CRM Local e Data** | **Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)** |