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:  Idade  Tempo 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 Carimbo e Assinatura do Estipulante** | | | | | | | |

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT / INDENIZAÇÃO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - IIT

(a ser respondido pelo médico assistente)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Origem da incapacidade: | Acidente | Doença |  | |
| Data da primeira consulta: | | | | Data de início da incapacidade: |
| Especifique a doença e, em caso de acidente, especificar sua natureza, as lesões sofridas, e qual tratamento instituído: | | | | |
| Diagnóstico principal – CID 10: | | | | |
| Diagnóstico secundário – CID 10 | | | | |
| Procedimento(s) realizado(s): | Clínico | Cirúrgico | Especificar abaixo: | |
| Período(s) de hospitalização: | | | | |
| Período(s) de tratamento ambulatorial: | | | | |

|  |
| --- |
| O paciente está incapacitado para o exercício das atividades profissionais? Sim Não |
| Se positivo, qual o período previsto para o afastamento? |
| 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): |
| Nome do(s) hospital(is) e clínica(s): |
| Sua assistência ao paciente: Habitual Não Habitual |

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)** | |