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/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)** | |