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 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)** |