**DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Segurado titular: | | CPF: | Data de nasc.: |
| Segurado sinistrado: | | CPF: | Data de nasc.: |
| Estipulante/empresa: | | Apólice/Certificado: | Data de Admissão: |
| Ultima ocupação: | | Último dia de trabalho: | Último salário: |
| 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: |
| Para fins deste comunicado, acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causado por lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou ainda que torne necessária a realização de tratamento médico.  Houve acidente pessoal, segundo o preconizado acima? Sim Não  Data do Acidente: / / Local do acidente: Residência Local de trabalho Via pública Se em via pública, foi acidente de trânsito? Sim Não  Houve boletim de ocorrência? Sim Não.  Especifique detalhes do local do acidente e das demais questões a este relacionadas: | | | |
| **Assinatura do Segurado/Reclamante Carimbo e Assinatura do Estipulante** | | | |

**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

**(Para ser respondido pelo Médico e/ou Instituição médica que prestou atendimento ao Segurado acidentado)**

# Anexar cópia do laudo do primeiro atendimento médico-hospitalar e de exames complementares realizados

Descrever quadro clínico e o tratamento instituído no primeiro atendimento médico prestado (descrever o conjunto de lesões agudas, suas repercussões imediatas e medidas terapêuticas):

Informar o nome e localidade da Instituição onde ocorreu o primeiro atendimento:

Informar quais os exames realizados para definição do quadro clínico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Descrever a evolução do quadro clínico da lesão/disfunção: | | | |
| Houve tratamento cirúrgico ? Sim Não Especifique: | | | |
| Houve tratamento fisioterápico ? Sim Não Especifique:  Há tratamento em curso? Sim Não Especifique: | | | |
| Houve alta médica definitiva? Sim Não Informe: Alta em / / | | | |
| Há caracterização de perda funcional ou anatômica de forma definitiva? Sim Não  Em caso positivo, descreva quais as perdas funcionais ou anatômicas existentes para cada membro ou órgão atingido.  Definir o percentual de perda ou estabelecer a perda conforme quadro no item seguinte. | | | |
| Especifique o grau da limitação funcional existente correspondente ao membro ou órgão lesionado:  AUSENTE (0%) LEVE (25%) MODERADA (50%) GRAVE (75%) TOTAL (100%) | | | |
| Acrescentar observações médicas que possam traduzir o prognóstico terapêutico em relação à íntegra do quadro clínico atual: | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO-ASSISTENTE DO SEGURADO**  **(a ser respondido pelo médico-assistente)** | | | |
| **Observações:**  Ratifica-se que todos os dados e registros médicos acima informados serão de responsabilidade do médico declarante caso não  possam ser devidamente comprovados por registros médicos oficiais. | | | |
| Nome completo do médico: | | | |
| Especialidade: | CRM: | | Telefone: ( ) |
| **Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM** | | **Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)** | |