

AVISO DE ACIDENTE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT

| DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO PRINCIPAL | | | | | |
|--|-----|---|---|---|-------------|
| Nome | | CPF | | Data de nascimento / / | |
| Endereço Residencial | | | | Nº | Complemento |
| Bairro | CEP | Cidade | UF | DDD | Telefone |
| E-mail | | | | | |
| Profissão | | Período de Afastamento do Trabalho | | Período do Tratamento Médico | |
| DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO SINISTRADO (Preencher apenas se o Segurado Sinistrado for diferente do Segurado Principal) | | | | | |
| Nome | | CPF | | Data de nascimento / / | |
| Endereço Residencial | | | | Nº | Complemento |
| Bairro | CEP | Cidade | UF | DDD | Telefone |
| E-mail | | | Grau de parentesco com o Segurado: | | |
| DADOS DO SINISTRO (Preenchimento obrigatório) | | | | | |
| Local de ocorrência do sinistro | | Data da ocorrência / / | Hora da ocorrência | Em serviço <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros | | Em caso de Acidente Automobilístico: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre | | | |
| Evento registrado por autoridade policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Foi realizado Exame Necroscópico/Corpo e Delito? (em caso positivo, anexar cópia) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Foi realizado Exame de Dosagem Alcoólica? (em caso positivo, anexar cópia) | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Descreva detalhadamente o evento ocorrido, as suas causas e consequências: | | | | | |
| Houve Internação Hospitalar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Nome do Hospital | Data da Internação / / | Data da Alta / / | |
| Qual era a atividade exercida no momento do acidente? | | | | | |
| Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros: | | | | | |
| Mencione acidentes sofridos anteriormente (indicar as datas e características das lesões): | | | | | |
| TERMO DE AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| <p>AUTORIZO, A PREVISUL SEGURADORA OU SEU REPRESENTANTE A REQUERER INFORMAÇÕES JUNTO A MÉDICOS, EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, CONVÊNIOS MÉDICOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PÚBLICAS OU PRIVADAS, SOLICITAR CÓPIAS DE FICHAS MÉDICAS, PRONTUÁRIOS CLÍNICOS, RESULTADOS DE EXAMES E RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO.</p> <p>AUTORIZO QUE OS REFERIDOS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES AO REPRESENTANTE E AUTORIZADO DA SEGURADORA COM A FINALIDADE EXCLUSIVA DE ANÁLISE À SEGURADORA.</p> | | | | | |

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

FOP 006

ATESTADO DEFINITIVO DO MÉDICO ASSISTENTE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT

| RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (Preenchimento obrigatório) | | | | | |
|--|-----|-----------------------------------|---|--|-------------|
| Nome do Segurado | | | CPF | Data de nascimento / / | |
| Data do Primeiro Atendimento / / | | Data do Último Atendimento / / | | Data do Início da Incapacidade Temporária / / | |
| Qual a natureza do acidente? | | | | Em que data ocorreu? / / | |
| Quais as lesões ou moléstias apresentadas pelo Segurado logo após o acidente? Descreva as lesões sofridas e os segmentos/órgãos afetados (extensão, largura, profundidade, etc.) | | | | CID | |
| Qual o tratamento realizado? | | | | | |
| Ocorreram complicações no tratamento? Caso positivo, descreva as mesmas e o tratamento realizado. | | | | | |
| Existem tratamentos futuros que possam curar ou reduzir as sequelas causadas pelo acidente? Caso positivo, descreva os mesmos. | | | | | |
| Quais exames foram realizados? | | | | Em que data? / / | |
| O Segurado está incapacitado para o exercício profissional? | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qual o período aproximado? | |
| O Segurado está de alta médica definitiva? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | | Desde / / | | <input type="checkbox"/> Não Prevista para / / | |
| Nome do Médico | | | CRM | Especialidade | |
| Endereço Comercial | | | | Nº | Complemento |
| Bairro | CEP | Cidade | UF | DDD | Telefone |

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM