

FOP 009

**AVISO DE SINISTRO
RENDA MENSAL TEMPORÁRIA POR INVALIDEZ
RENDA TEMPORÁRIA POR INCAPACIDADE**

DECLARAÇÕES DO SEGURADO					
Nome		CPF		Data de nascimento /	
Profissão			Última Ocupação		
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
E-mail					
A sua incapacidade é decorrente de acidente ou moléstia?					
Se for ACIDENTE: Indique detalhes sobre onde, quando e de que maneira ocorreu o acidente.					
Se for MOLÉSTIA: Quais foram os sintomas que observou e que lhe impossibilitaram de exercer suas funções?					
Quando sentiu os sintomas pela 1ª vez?					
Quando consultou pela 1ª vez um médico com respeito à lesão ou moléstia que lhe determinaram a incapacidade?					
Indique os nomes e endereços de todos os médicos que já consultou durante essa enfermidade.					
Quais foram os diagnósticos?					
Está em tratamento atualmente?			Em casa, hospital ou consultório médico?		
Está habilitado a receber benefícios por invalidez de um instituto ou de alguma outra Companhia de Seguros? Em caso afirmativo, informe detalhes a respeito.					
No seu instituto está recebendo "Auxílio Doença"? Ou já está aposentado definitivamente por Invalidez?					
Está agora, completamente incapacitado para dedicar-se a qualquer ocupação remunerada?					
Existem outros fatos não abrangidos por este documento, que possam interessar na análise do processo?					
TERMO DE AUTORIZAÇÃO					
AUTORIZO OS PERITOS DA SEGURADORA A REQUERER INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADAS OU ESTADUAIS, QUE TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTOS MÉDICO LEGAL, PROMOVENDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALAR. TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ME ASSISTIR A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS, TAMBÉM DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.					

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 009

**ATESTADO DO MÉDICO ASSISTENTE
RENDA MENSAL TEMPORÁRIA POR INVALIDEZ
RENDA TEMPORÁRIA POR INCAPACIDADE**

RELATÓRIO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE			
Nome do Segurado			
Tratou o segurado antes da presente enfermidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Por qual motivo?	
Quando o tratou pela primeira vez, com relação a lesão ou moléstia relacionada a incapacidade?			
Onde? (consultório, residência, hospital, etc.)			
Ele tem sido, desde então, atendido regularmente? Queira indicar as datas:			
Quando o atendeu pela última vez?			
Queira indicar seu diagnóstico definitivo em relação à lesão ou moléstia para atestar a incapacidade.			
Quando principiou, na sua opinião, a presente lesão ou moléstia?			
Se a lesão ou moléstia for antiga, desde quando, na sua opinião, agravou-se a ponto de significar incapacidade total para o trabalho?			
Desde quando o Segurado está definitivamente afastado?			
Qual o tratamento que está sendo realizado? (desde o início)			
É indispensável para o tratamento o atual afastamento do trabalho?			
É psicologicamente recomendável que o Segurado continue a trabalhar ou que não continue?			
Qual o atual estado de saúde do Segurado?			
Está recolhido ao leito, ou apenas impossibilitado de sair de casa?			
Se pode sair, por que não pode trabalhar?			
PARECER MÉDICO (Marque SIM ou NÃO)		SIM	NÃO
Qual é a sua opinião como clínico? Considera o Segurado total e definitivamente incapacitado para exercer qualquer atividade remunerada?			
É indispensável para o tratamento o atual afastamento do trabalho?	a) Parcial Temporária		
	b) Total Temporária		
	c) Parcial Definitiva		
Há probabilidade do Segurado se reestabelecer com o tratamento adequado, podendo vir a exercer:	a) Suas atividades anteriores		
	b) Outra atividade remunerada dentro da sua capacidade física ou mental?		
Quando poderá exercer suas atividades? (semanas, meses, anos, especifique):			
Eventuais observações, comentários ou informações complementares:			
Nome do Médico	CRM	Especialidade	
Endereço Comercial			
Telefone	E-mail		

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.