

1 Dados da apólice

Itens de 1 a 3 a serem preenchidos pelo estipulante

Apólice N°	Estipulante / Sub Estipulante
------------	-------------------------------

2 Dados do segurado principal (preencher somente quando o sinistro for de cônjuge)

N° certificado	Nome	
Data nasc.	CPF	Sexo
Ocupação	Data de admissão	Renda / Salário - R\$

3 Dados do segurado sinistrado

Tipo **Segurado principal** **Cônjuge**

Nome do sinistrado

Nascimento	Sexo	CPF	Estado Civil
Ocupação	Data de admissão	Renda / Salário - R\$	

Último dia de trabalho

Situação na data do sinistro **Ativo** **Aposentado (especificar motivo e data)** **Afastado** **Outros (especificar)**

Descrição da ocorrência (narração clara e circunstanciada) e qual o membro ou órgão do corpo atingido:

Data

Assinatura do estipulante

Pessoa de contato

(DDD) Telefone

4 Dados do sinistro

Itens de 4 a 6 a serem preenchidos pelo segurado ou reclamante

Data do evento	Hora	Em serviço <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Local / endereço	Registro policial <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Tipo de Sinistro invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA		
Possui seguro em outras seguradoras? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se positivo, especifique	

5 Dados do reclamante

A ser preenchido pelo segurado

Nome	E-mail	
Endereço		
Bairro	Cidade	UF
CEP	(DDD) Telefone	
Local e data	Assinatura do reclamante	

6 Relatório Médico – Invalidez por Acidente

A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado

Data do acidente Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou Clínico Cirúrgico

Data da internação

Nome hospital Data da alta hospitalar

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

Data da definição da(s) sequela(s)

Descrição da sequela permanente com perda funcional causada pelo acidente de quê o segurado foi vítima	Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome do médico responsável CRM

Local <input type="text"/>	Firma reconhecida do médico <input type="text"/>
Data <input type="text"/>	
Assinatura / carimbo <input type="text"/>	