|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apólice Vida** | **Apólice Acidentes Pessoais:** | | | | | | **Sub Grupo** | | | | | | **Certificado** | | | |
| **Caso o segurado não seja o titular, favor informar grau de parentesco, nome, CPF e Tipo de CPF**  Cônjuge  Filho  CPF Próprio  CPF Terceiros | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do sinistrado** | | | | | | | | | **CPF** | | | | | | | **Data de nascimento** |
| **Estipulante** | | | | | | | | | **CPF/CNPJ** | | | | | | | |
| **Contato no estipulante** | | **Telefone** | | | | **E-mail** | | | | | | | | **Data de admissão na empresa** | | |
| **Nome completo do segurado** | | | | | | | | | **CPF** | | | | | | | **Data de nascimento** |
| **Endereço** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bairro** | | | | **Cidade** | | | | | | **UF** | | | | | **CEP** | |
| **DADOS DO SINISTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data de afastamento do trabalho** | | | **Último rendimento/ salário mensal** | | | | | | | | **Licenciamento do INSS** | | | | | |
| **Qual a última ocupação do sinistrado? (nome e código da função)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A pessoa sinistrada estava aposentada?**  Escolher um item. | | | | | **Por tempo de serviço desde** | | | | | | | **Por motivo de saúde desde** | | | | |
| **Houve afastamento do trabalho por doença ou por acidente nos últimos três anos? Descrimine abaixo.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quando a moléstia se manifestou, o segurado dedicava tempo integral ao serviço ou somente parte dele?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Desde que o segurado começou a sentir os primeiros sintomas da doença, levou ao conhecimneto da empresa?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Trabalhou quantos dias ou meses depois dos primeiros sintomas?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A pessoa segurada possuia outros seguros?**  Vida  Acidentes Pessoais | | | | | **Indique a(s) seguradora(s)** | | | | | | | | | | | |
| **Local e Data** | | | | | | | | **Assinatura do segurado, beneficiário ou representante legal** | | | | | | | | |
| **Local e Data** | | | | | | | | **Assinatura do estipulante (sob carimbo)** | | | | | | | | |
| **RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorização de pesquisa médica  **Autorizo na qualidade de Favorecido/Representante Legal que os médicos, hospitais prestem todas as informações solicitadas pela área médica da Sompo Seguros, de acordo com os artigos 102 e 106 do código de Ética Médica.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Local e Data** | | | | | | | | **Assinatura do favorecido ou representante legal** | | | | | | | | |
| Prezado(a) Doutor (a),  Para uma efetiva análise e conclusão do processo em questão, solicitamos o preenchimento completo, da declaração abaixo.  **Assessoria Médica Sompo Seguros S.A.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado.**  **Em caso de falta de espaço, complementar as informações em folha anexa, indicando a referência do item.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NATUREZA DO SINISTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Paciente** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Desde que data o médico vem assistindo o paciente?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **CANCER** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.1. Dados clínicos importantes e órgão(s) afetados** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.2. O tumor apresentado é considerado como carcinoma? Qual o órgão(s) afetados(s)?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.3. Tipo morfológico e classificação TNM** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.4. Em caso de melanoma, favor informar o tamanho, espessura e classificação de Clark.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.5. Em caso de Leucemia, favor informardetalhes de sua manifestação.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.6. Cite quais foram os exames complementares comprobatórios.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **INFARTO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.2.1. Descreva o quadro agudo citando os exames que o confirmaram, bem como anexando cópias comprobatórias (Enzimas, ECG, ECO, Angiografia, etc)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.2.2. Data, hora, local do atendimento do infarto agudo.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.2.3. Qual a duração da doença coronariana?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.3.1. Fornecer detalhes do histórico dos sintomas, com suas respectivas datas, anexando cópia dos exames comprobatórios.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.3.2. Descreva as seqüelas de natureza permanente** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.3.3. O paciente sofre(u) de cardiopatia que ocasione êmbolos? Hipertensão arterial? Diabetes ou outras patologias relacionadas ao avc? Em caso afirmativo, esclareça informando data do diagnóstico.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **CIRURGIA CORONARIANA (ANEXAR RELATÓRIO DO ATO CIRURGICO)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.4.1. A partir de que data existiu a indicação cirurgica?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.4.2. Descreva o quadro clínico com as datas do inicio de cada sinal e sintoma, anexando exames comprobatórios.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5. INSUFICIÊNCIA RENAL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5.1. O paciente sofre de alguma outra doença, tais como: hipertensão, diabetes mellitus? Em caso afirmativo, qual e desde quando?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5.2. O paciente sofre atualmente de insuficiência crônica e irreversível de ambos os rins?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5.3. A partir de que data evidenciou-se o primeiro aumento sérico de creatina? E infiltração glomerular inferior a 80 ml/min?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5.4. O paciente realiza diálise renal? Em caso afirmativo, em qual hospital ou clinica, desde quando e quantas vezes por semana?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5.5. O paciente já se submeteu ao transplante renal? Em caso afirmativo, quando e onde?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ANEXAR RELATÓRIO DO ATO CIRURGICO)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6.1. A partir de que data existiu a indicação cirúrgica?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6.2. Quais as anormalidades ou enfermidades pregressas que o paciente era portador e respectivas datas?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6.3. Quais os dados clinicos e exames laboratoriais relacionados ao(s) órgão afetado(s), desde as alterações mais incipientes com suas respectivas datas ?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6.4. Relacionar os médicos e hospitais que assistiram o segurado (indique nome(s) e telefone(s)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6.5. Observações adicionais** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O abaixo assinado, declarante, responsabiliza-se pela exatidão das informações acima.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do médico** | | | | | | | | **Desde quando?** | | | | | | | | |
| **Endereço (rua, número, complemento)** | | | | | | | | **Bairro** | | | | | | | | |
| **Cidade** | | | | | | | | **CRM número** | | | | | | | **Telefone (ddd e ramal)** | |
| **Reconhecimento da firma** | | | | | | | | **Local e data** | | | | | | | | |
| **Assinatura e carimbo do médico assistente** | | | | | | | | |
| **Cartório para reconhecimento de firma** | | | | | | | | |
| **Endereço do cartório** | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Autorização** |
| Eu      , portador do RG nº      , Órgão Expedidor/UF       e CPF nº      , residente e domiciliado no endereço      , nº      , Complemento      , Bairro      , Cidade      , UF      , na qualidade de       do (a) segurado (a) em referência, **AUTORIZO**, nos termos da resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina e de acordo com os artigos 73 e 77 do Cap. IX do Código de Ética Médica, a Sompo Seguros, CNPJ 61.383.493/0001-80, ou seu representante devidamente autorizado, a solicitar cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnósticos e atendimentos, junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico-previdenciária (INSS), e ainda todos documentos junto a órgãos oficiais de segurança pública dos estados, seja delegacia e/ou Instituto Médico Legal, referentes ao sinistrado (a)      .  Autorizo, ainda, que os referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado pela Sompo Seguros, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto a Seguradora.  Para que produza seus efeitos assino a presente autorização.    Local e Data:  Telefone para contato c/ DDD:     -  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nota: Deverá obrigatoriamente constar o reconhecimento de firma em cartório da assinatura do declarante.** |