|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 segurado (dependente)** | | | | | | | | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Narração circunstancial de como aconteceu o acidente, das causas que provocaram e das suas consequências.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Qual a atividade exercida pelo segurado no momento do acidente?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Houve testemunhas? (Indique nome e telefone)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Houve ocorrência policial?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mencionar quais os médicos e hospitais que assistiram o segurado (indique nome e telefone)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sofreu o segurado algum acidente anteriormente? Caso positivo mencionar data ou período e caráter da lesão** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A pessoa segurada possuia outros seguros?**  Vida  Acidentes Pessoais | | | | | **Indique a(s) seguradora(s)** | | | | | | | | | | |
| **Recebeu indenizações decorrentes de acidentes anteriores? Qual(is) a(s) seguradora(s)?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Local e Data** | | | | | | | | **Assinatura do beneficiário ou representante legal** | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Nome do Paciente** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.Data do Sinistro** | | | **1.1.1.Data do primeiro atendimento** | | | | | | | **1.1.2. Quem lhe descreveu a acidente?** | | | | | |
| **1.2. Como foi descrito o acidente?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.3. Quais as lesões ocorridas? (Fornecer detalhes)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.4. As lesões contadas são diretamente consequentes da causa traumática? Indique as causas** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.5. As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente? Indique as causas** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6. Quais foram os primeiros socorros?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.7. A que tratamento foi submetido posteriormente?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.8. Houve internação hospitalar? Fornecer data e nome do hospital** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.9. Sofreu alguma cirurgia? Qual(is)? Em que data?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.10. Encontrou alguma patologia ou sequela pré-existente que pudesse ou não agravar as lesões sofridas? Quais?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.11. Encontra-se de alta médica?**  **Sim**  **Não** | | | | | | | | **A partir de:** | | | | | | | |
| **1.12 Encontrando-se de alta médica, a que terapêutica está sendo submetido?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.13. Internação(ões) ? Em que data(s)? Em qual hospital?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.14. Ficará com alguma invalidez?**  **Sim**  **Não**  **Parcial**  **Total**  **Temporária**  **Permanente** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.15.**  **Em caso de invalidez permanente, descreva os detalhes.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.16.**  **Escreva de 0 a 100% a invalidez permanente de cada membro ou órgão separadamente.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.17. Observações adicionais** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O abaixo assinado, declarante, responsabiliza-se pela exatidão das informações acima.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do médico** | | | | | | | | **CPF** | | | | | | | |
| **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.** |