|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **pessoa sinistrada estava aposentada?**  **Não**  **Sim** | | | | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnóstico detalhado da Doença e Código do CID:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **De que forma foi diagnosticada a doença do Paciente/Segurado?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data do diagnóstico:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Procedimentos realizados:**  **Clinico**  **Cirurgico** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Descreva os tratamentos a que o Paciente/Segurado foi submetido e exames realizados, mencionando datas:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Houve internação hospitalar? Não**  **Sim**  **- Indique Nome do Hospital e Período de Internação:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Há quanto tempo trata do Paciente/Segurado?**  **Data da 1ª consulta**  **Data da última consulta**  **Data do início da doença** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Houve afastamento da atividade laborativa anteriormente por enfermidade?**  **Não**  **Sim**  **Indique data(s) e motivo (s):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Situação do Paciente/Segurado na data do sinistro em relação a atividade laborativa:**  **Ativo**  **Afastado Data do Afastamento**  **Aposentado por Invalidez Data da Concessão**  **Aposentado por Tempo de Serviço Data da Concessão** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O Paciente/Segurado encontra-se com o quadro clínico estabilizado?**  **Não**  **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O quadro pode se agravar?**  **Não**  **Sim**  **- Justifique** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Especifique o prognóstico:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pode-se esperar recuperação ou reabilitação com os recursos disponíveis no momento?**  **Não**  **Sim** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O Segurado encontra-se com alta médica definitiva?**  **Sim, desde**  **Não - Qual o tempo previsto para sua alta?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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.** |