|  |
| --- |
| **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.** |