

Nome da Empresa (somente se o seguro ter sido feito pela empresa em que o Segurado trabalha)		Apólice (Seguro Empresarial)	Proposta (Seguro individual)	
Nome do Segurado		CPF	Data de admissão	
Profissão		Registro Categoria (CRM, OAB, CREA, etc)		
Endereço Residencial				
Bairro	Cidade	UF	CEP	DDD - Telefone
Endereços Comerciais				
Bairro	Cidade	UF	CEP	DDD - Telefone
E-mail		DDD - Telefone Celular		

Para eventual pagamento, informar abaixo os dados bancários da Conta Corrente ou Poupança de titularidade do (a) Segurado.

Alertamos que não é possível efetuar crédito dos eventuais pagamentos de indenização em contas bancárias de terceiros (não segurados ou beneficiários da apólice).

Tipo de Conta

Conta Corrente Conta Poupança

Nome do Banco	Nº do Banco	Agência	Nº da Conta	Dígito
---------------	-------------	---------	-------------	--------

O segurado é aposentado ? Não Sim

Desde quando? ____/____/____

Qual motivo? tempo de serviço Por idade
 Invalidez por doença Invalidez por acidente

O(a) Segurado(a) esteve afastado (a) do trabalho nos últimos 3 anos? Não Sim

Em caso afirmativo, favor preencher os períodos de afastamentos abaixo?

____/____/____ a ____/____/____ Motivo: _____

____/____/____ a ____/____/____ Motivo: _____

Para preenchimento do (a) Segurado (a)

Tipo de evento

Acidente Doença

Doença

Desde quando está incapacitado (a) de trabalhar em decorrência do problema atual?

Já fez tratamentos anteriores por estes mesmos motivos? Não Sim

Em caso afirmativo, informe quando, nome médico, endereço do local de atendimento e telefone:

Quando iniciou o tratamento com o médico atual?

Acidente

Quando ocorreu o acidente?	Em que cidade ocorreu o evento?	O acidente foi registrado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Através de: <input type="checkbox"/> Boletim de ocorrência <input type="checkbox"/> Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT <input type="checkbox"/> Outro: _____
----------------------------	---------------------------------	--

Descreva detalhadamente como ocorreu o acidente:

Houve atendimento médico na data do acidente? Não Sim

Em caso afirmativo, informe o local: _____

Em caso negativo, informe quando e onde foi realizado o 1º atendimento médico _____

Local e data

Assinatura do (a) Segurado (a)

RELATÓRIO MÉDICO

As informações seguintes deverão ser prestadas pelo médico assistente do Segurado (a).

Desde quando é médico (a) do Segurado (a)?

Qual a data da 1ª avaliação médica referente ao problema atual?

Qual a data do início da incapacidade temporária?

Qual a queixa principal, tempo de duração, diagnóstico (informar CID) e causa?

Qual o tratamento instituído? Descrever a programação terapêutica:

Quais os exames realizados que auxiliaram no diagnóstico?

Qual a previsão de afastamento?

Qual a data prevista para a reavaliação médica?

O quadro clínico é parcial ou totalmente incapacitante para as atividades laborativas habituais? Justifique (descreva as limitações funcionais que geraram a incapacidade inicial e o quadro clínico atual):

O afastamento é temporário ou definitivo?

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Afirmo que as respostas acima são completas e verdadeiras e estou ciente do artigo 80 do Código de Ética Médica, de 2009 (Artigo 80 - é vedado ao médico: "Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.")

Observação: Favor datar, assinar, informar CRM legível e carimbar este formulário, informando seus meios de contatos profissionais, com telefones, desde já autorizando ser contactado pela Assessoria Médica da Cia. Seguradora, para fins de esclarecimentos adicionais sobre os dados médicos registrados.

Assinatura do Médico e CRM

Data: ____ / ____ / ____

Nome completo: _____

CRM: _____

E-mail: _____

Telefones: _____

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO E ENTREGUE NA SEGURADORA

- Cópia simples do RG, CPF e comprovante de residência (mês anterior ou atual) do(a) segurado (a);
- Cópia simples do resultado de todos os exames complementares realizados;
- Em caso de intervenção cirúrgica, faz-se necessária a cópia simples do prontuário médico hospitalar completo;
- Tratando-se de acidente do trabalho, juntar cópia do Formulário de Comprovação de Acidente de Trabalho (CAT) em cópia simples;
- Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar cópia do Boletim de Ocorrência em cópia autenticada;
- Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, quando se tratar de acidente automobilístico, caso ele tenha sido o condutor do veículo no momento do acidente;
- Cópia simples do Prontuário ou ficha médica hospitalar de atendimento emergencial ou de urgência;
- SOMENTE NOS CASOS DE SEGURO EMPRESARIAL** - Cópia Simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado e o Estipulante bem como de rendimento (salário), referente aos 3 meses anteriores a ocorrência do evento.

NOTA:

- a) A entrega de toda documentação agiliza a análise do processo, procure dar entrada somente quando tiver todos os documentos acima listados em mãos.
- b) Para facilitar e verificar se todos os documentos necessários para abertura do processo foram entregues, assinale com "x" a frente da cada um deles.
- c) Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora.
- d) Os formulários citados poderão ser impressos no site da Porto Seguro: www.portoseguro.com.br/sinistros/vida-e-familia/sinistro-seguro-vida.

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Barão de Piracicaba, 618 – 8º andar – Campos Elíseos – São Paulo/SP – CEP 01216-010 - CNPJ 61.198.164/0001-60.

Atendimento Vida e Previdência – segunda a sexta-feira das 8h15 às 18h30. (11) 3366-3377 (Grande São Paulo) – 0800727-9393 (Demais localidades) – 0800-727-8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos, através de equipamento especializado para esta finalidade). Ouvidoria: 0800 727 1184 – SAC: 0800 -727-2746.

Site: www.portoseguro.com.br