

**AVISO DE SINISTRO - ILPD  
ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA / INVALIDEZ  
FUNCIONAL POR DOENÇA / INVALIDEZ POR DOENÇA**

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA ONDE O SEGURADO TRABALHA)		APÓLICE (SEGURO EMPRESARIAL)	PROPOSTA (SEGURO INDIVIDUAL)
SEGURADO (A)	CPF	PROFISSÃO	DATA DE ADMISSÃO
E-MAIL		TELEFONE PARA CONTATO	(DDD) TELEFONE CELULAR

**PARA EVENTUAL PAGAMENTO, FAVOR INFORMAR ABAIXO OS DADOS BANCÁRIOS DA CONTA CORRENTE DE TITULARIDADE DO (A) SEGURADO (A).**

(\*) Alertamos que não é possível efetuar crédito dos eventuais pagamentos de indenização em contas bancárias de poupança ou em nome de terceiros (não beneficiário/segurado)

NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	DÍGITO DA C/C
---------------	-------------	---------	----------------	---------------

O(A) SEGURADO(A)/SINISTRADO (A) ERA APOSENTADO (A)? ( ) SIM ( ) NÃO	DESDE QUANDO? ____/____/____	QUAL MOTIVO? ( ) TEMPO DE SERVIÇO ( ) INVALIDEZ POR DOENÇA ( ) INVALIDEZ POR ACIDENTE ( ) POR IDADE
--	---------------------------------	--

O (A) SEGURADO (A) ESTEVE AFASTADO (A) DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? ( ) NÃO ( ) SIM.

FAVOR PREENCHER COM OS PERÍODOS DE AFASTAMENTO O QUADRO ABAIXO.

PERÍODOS:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO MÉDICO**

**AS INFORMAÇÕES SEGUINTE DEVERÃO SER PRESTADAS PELO MÉDICO QUE ACOMPANHOU O SEGURADO DURANTE SEU TRATAMENTO.**

DESCREVA O QUADRO CLÍNICO E PROGNÓSTICO ATUAIS, ESPECIFICANDO EVOLUÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTOS ATUAIS E PROGRAMADOS.

O QUADRO CLÍNICO ACIMA DESCRITO, SE CONFIGURA COMO UMA DOENÇA ATIVA? ( ) SIM ( ) NÃO

EM CASO DE NÃO EXISTIR DOENÇA ATIVA, QUALIFICAR O QUADRO CLÍNICO, DESCRREVENDO A SINTOMATOLOGIA, LIMITAÇÕES, SE HOUVE PERDA DA VIDA INDEPENDENTE (DESCREVENDO SE HÁ DEPENDÊNCIA PARA HIGIENE DIÁRIA, ALIMENTAÇÃO E VESTUÁRIO) E SE HÁ INDICAÇÃO DE CURATELA.

INFORMAR QUANDO SE INICIARAM AS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DESTE QUADRO CLÍNICO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QUANDO A DOENÇA FOI DIAGNOSTICADA? INFORMAR DATA OU ÉPOCA.

DESCREVER MEIOS DE DIAGNÓSTICOS E EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADOS E DATAS)

QUAL O TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA?

HÁ FALÊNCIA ORGÂNICA E/OU INSUFICIÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO

NO CASO DE HAVER INSUFICIÊNCIA RENAL, INFORMAR DATA DO INÍCIO DA HEMODIÁLISE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NO CASO DE HAVER INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, INFORMAR A CLASSIFICAÇÃO PELO NYHA:

**PREENCHER SOMENTE NOS CASOS DE CÂNCER (NEOPLASIA MALIGNA)**

QUAL O ESTADIAMENTO DA DOENÇA ATUAL (HAVENDO PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO, FAVOR ASSINALAR A CLASSIFICAÇÃO OFICIAL).

ESPECIFIQUE A EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO E SEUS RESULTADOS.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO

LOCAL E DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

E MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO (A) SEGURADO (A)

---

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

- ( ) Cópia simples do RG e CPF e comprovante atualizado de residência (mês anterior ou atual) do Segurado(a);
- ( ) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;
- ( ) **SOMENTE NOS CASOS DE SEGURO EMPRESARIAL** - Cópia simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado, (no mês do evento). Exemplo: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado; holerite ou ficha de rescisão contratual.
- ( ) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais, conforme circular SUSEP 445/12, com os dados do segurado(a). (vide alínea "d" do item **NOTA**, abaixo)
- ( ) **SOMENTE NOS CASOS DE CAPITAL GLOBAL** - Relação completa do FGTS do Mês de Evento bem como contrato social informando a quantidade de sócios

**NOS CASOS ONDE O SEGURADO NECESSITOU DE INTERDIÇÃO JUDICIAL (CURATELA), ANEXAR ALÉM DOS DOCUMENTOS ACIMA:**

- ( ) Termo de curatela definitiva;
- ( ) Cópia Simples do RG, CPF, autorização de pagamento através de crédito em conta-corrente bancária e comprovante de residência do curador nomeado;
- ( ) Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais, conforme circular SUSEP 445/12, com os dados do curador nomeado. (vide alínea "d" do item **NOTA**, abaixo)

**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 de 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, conforme caminho a seguir: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br) / Vida e Previdência / Em caso de sinistro.