

**AVISO DE SINISTRO - DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA ONDE O SEGURADO TRABALHA)		APÓLICE (SEGURO EMPRESARIAL)	PROPOSTA (SEGURO INDIVIDUAL)	
SEGURADO (A)		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				

**EM CASO DE 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
É 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: \_\_\_\_\_

**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? SE POSITIVO, INFORMAR QUANDO, NOME DO MÉDICO, ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO E TELEFONE.

QUANDO INICIOU O TRATAMENTO COM O MÉDICO ATUAL?

**ACIDENTE**

QUANDO OCORREU O ACIDENTE? ____/____/____	EM QUE CIDADE/PAIS OCORREU O EVENTO?	O ACIDENTE FOI REGISTRADO? ( ) NÃO ( ) SIM ATRAVÉS DE: ( ) COMUNICADO DE ACIDENTE DE TRABALHO-CAT ( ) BOLETIM DE OCORRÊNCIA ( ) OUTROS: _____
--	--------------------------------------	---

DESCREVA DETALHADAMENTE COMO CORREU O ACIDENTE:

HOUVE ATENDIMENTO MÉDICO NA DATA DO ACIDENTE?

( ) SIM. CITE O LOCAL \_\_\_\_\_

( ) NÃO. QUANDO E ONDE FOI REALIZADO O 1º ATENDIMENTO MÉDICO \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO (A) SEGURADO (A)

PARA PREENCHIMENTO DO (A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DO SEGURADO(A)

RELATÓRIO MÉDICO

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? (DECREVER A PROGRAMAÇÃO TERAPÊUTICA)

QUAIS OS EXAMES REALIZADOS QUE AUXILIARAM O DIAGNÓSTICO?

QUAL A PREVISÃO DE AFASTAMENTO?

QUAL A DATA PREVISTA PARA 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 (A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DO (A) SEGURADO(A) RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO ACIMA

NOME LEGÍVEL

CRM

ENDEREÇO COMERCIAL

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD - TELEFONE

E-MAIL

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

- ( ) Cópia simples do RG, CPF e comprovante atualizado de residência (mês anterior ou atual) do segurado;
- ( ) Cópia simples dos resultados de 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 DE EMPRESA** - Comprovante de vínculo oficial entre o 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.

**SAC: 0800 727 2746** (informação, reclamação e cancelamento) - **0800 727 8736** (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) **Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377** (Gde. São Paulo) - **0800 727 9393** (Demais Localidades)  
Ou acesse: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)