

### Aviso de Sinistros e Alta Médica

**Atenção: Esta Parte do Relatório deve ser Preenchida pelo Segurado ou seu Representante Legal**

1	A) Nome do Sinistrado	B) CPF/MF
	C) Data de Nascimento	D) Telefone para contato
2	A) Data e hora da ocorrência do acidente: Data                      Hora	B) Local da ocorrência do acidente
3	Descreva com letra legível como aconteceu o acidente, suas causas e consequências	
4	A) Data em que procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente	
	B) Forma de Atendimento (público, particular ou convênio)	C) Se por convênio, qual?
	D) Consultório, Clínica ou Hospital (Nome)	
	E) Endereço	
5	A) Nome do Médico que assistiu o segurado	
	B) Endereço	
6	Médico Assistente do Segurado antes do Acidente	
	A) Nome	
	B) Endereço	
7	Se o acidentado já sofreu outro acidente	
	A) Descreva-o e informe a data	
	B) Descrever eventuais sequelas	
	C) Recebeu alguma indenização? Se sim, indicar a seguradora e o valor.	
8	O abaixo assinado declarante é responsável pela verdade das informações	
	Local: _____ Data: _____	
	_____ Assinatura	

### Aviso de Sinistros

**Atenção: Esta Parte do Relatório deve ser Preenchida pelo Médico Assistente**

1	A) Local do primeiro atendimento médico referente ao acidente em pauta	B) Data
2	Descrição detalhada e precisa das lesões diretamente produzidas pelo trauma atual	
3	A) As lesões constatadas são <b>diretamente</b> consequentes de causa traumática?	
3	B) Em caso negativo, qual a causa?	
4	A) Encontrou no acidentado qualquer defeito, limitação funcional ou doença pré-existente ao acidente atual? Caso afirmativo, descrever e informar a data do ocorrido/diagnóstico.	
4	B) Este defeito ou doença pode agravar ou vir a aumentar as consequências do Acidente? Esclarecer.	
5	Observações necessárias e maiores esclarecimentos sobre as lesões e o quadro clínico do acidentado	
6	A) Localidade e Data	
6	B) Nome do Médico declarante	
6	C) Endereço	D) Bairro:
6	E) Cidade	F) UF
6	G) CEP	
6	H) Assinatura e carimbo do médico	I) CRM

---

### Aviso de Alta Médica

---

<b>Atenção</b>	1) No caso de sinistro de Despesas Médico Hospitalares não é necessário o preenchimento das próximas informações		
	2) Este documento deve ser preenchido somente por médicos e enviado para a seguradora sempre após o término do tratamento.		
1	A) Nome do Sinistrado		B) CPF/MF
2	Diagnóstico definitivo das lesões produzidas pelo trauma especificando as localizações com precisão anatômica		
3	Tipos de tratamentos ministrados com respectivas datas		
4	Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com respectiva(s) data(s)		
5	Houve complicações? Descrever		
6	Data do término de todo tratamento médico ou data de eventual caracterização de sequela definitiva e irreversível		
7	Hospital ou clínica onde foi prestada a assistência médica: A) Nome		B) Localidade
8	Nome e especialidade do médico assistente: A) Nome		B) Especialidade
9	Tipos e duração do tratamento fisioterápico: A) Tipos	B) Data de Início	C) N° Sessões D) Data Término

---

**Aviso de Alta Médica**

---

10	Descrição das sequelas de caráter permanente porventura existentes (em caso de amputação ou de redução funcional de alguma articulação, queira informar, com devida precisão, sua localização anatômica)
11	Grau de redução funcional de cada articulação ou órgão (em medicina do seguro: mínimo, médio, máximo e rígido).
12	Fazer aqui as observações que julgar serem necessárias
13	A) Nome do Médico declarante
	B) CRM
	C) Endereço(logradouro, bairro, cidade, e UF)
	D) Assinatura e carimbo do médico