

AVISO DE SINISTRO - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

NOME DO SEGURADO		PROPOSTA
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado	NACIONALIDADE
CPF	PROFISSÃO	
E-MAIL	TELEFONE PARA CONTATO	TELEFONE CELULAR

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

(* Alertamos que não é possível efetuar crédito dos eventuais pagamentos de indenização e, contas bancárias de terceiros (não beneficiário/ segurado).

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

TEM COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES EM OUTRA SEGURADORA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SE AFIRMATIVO, INFORME O NOME DA SEGURADORA
---	---

DADOS DO DECLARANTE (SE DIFERENTE DO SEGURADO)

NOME DO DECLARANTE	E-MAIL
CPF	TELEFONE PARA CONTATO (DDD)

RELATÓRIO MÉDICO

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

1. Data do diagnóstico: ____/____/____

2. Diagnóstico definitivo:

- () Angina estável ou instável
- () IAMSSST - Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST
- () IAMCSST - Infarto agudo do miocárdio com supra de ST
- () Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasm coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas
- () Infarto do miocárdio ocorrido até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio
- () Elevação da troponina não relacionada à cardiopatia isquêmica (miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa etc.)
- () Outro

Localização, extensão, observações:

3. Data de início dos sintomas:

4. Sintomas de isquemia apresentados:

- Dor torácica típica/atípica () Não () Sim
- Dispneia () Não () Sim
- Síncope () Não () Sim
- Outros _____

5. Eletrocardiograma (ECG): _____

a) Alterações no ECG indicativas de isquemia recente (mudanças recentes e significativas no segmento ST ou na onda T ou novo bloqueio de ramo esquerdo)? () Não () Sim

Se afirmativo, descrever alteração e indicar a data do exame: ____/____/____

b) Desenvolvimento de ondas "Q" patológicas no ECG? () Não () Sim

Se afirmativo, indicar a data do exame: ____/____/____

6. Alterações nos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (enzimas)?:

Elevação de Troponina I: () Não () Sim Data: ____/____/____ Hora: _____ Valor: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ Valor: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ Valor: _____

Elevação de CK-MB: () Não () Sim Data: ____/____/____ Hora: _____ Valor: _____

Observações:

7. Alterações no ecocardiograma? () Não () Sim

Se afirmativo, indique data e resultado: ____/____/____

8. Houve internação hospitalar? () Não () Sim Data da internação: ____/____/____

Nome do Hospital _____

Data da alta hospitalar: ____/____/____ UTI: () Não () Sim

9. Cateterismo cardíaco / angioplastia coronária () Não () Sim

Trombólise () Não () Sim

Cirurgia de revascularização do miocárdio () Não () Sim

Se afirmativo, indique data, descrição / resultado

____/____/____

10. Antecedentes cardíacos (DAC, eventos coronarianos prévios etc.)? () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva:

11. Fatores de risco coronarianos (HAS, DM, dislipidemia, tabagismo, obesidade, antecedentes familiares () Sim () Não

Em caso afirmativo, descreva:

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE
(a assinatura do médico deverá ter firma reconhecida)

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 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, CPF e comprovante atualizado de residência (com validade de até 3 meses) do Segurado;
- () Cópia simples do resultado de todos os exames realizados - diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme;
- () Cópia do resumo de alta hospital;
- () Original do modelo do Registro de Informações Cadastrais Pessoa Física - Circular SUSEP 445/12 preenchido por todos os beneficiários; (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 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, conforme caminho a seguir: www.portoseguro.com.br / Vida e Previdência / Em caso de sinistro.

Porto Seguro Cia de Seguros Gerais

Al Barão de Piracicaba, 618 - Campos Elíseos - São Paulo - CNPJ 61.198.164/0001-60

Atendimento Grande São Paulo: Chat On-line Porto Seguro - <http://www.portoseguro.com.br/> Canais de Atendimento/ Seguro Vida, ou através do telefone (11)3366-3377 - Outras Localidades: 0800 727 9393 - De segunda a sexta-feira, das 08:15 as 18:30.

SAC: 0800 727 2746 (Informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos)

Ouvidoria: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184

Site: www.portoseguro.com.br