

**AVISO DE SINISTRO - INVALIDEZ POR ACIDENTE**

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

CASO O EVENTO NÃO TENHA OCORRIDO COM O SEGURADO (A) PRINCIPAL, IDENTIFICAR:  
 ( ) ESPOSA (O) / COMPANHEIRA (O)

**EM CASO DE EVENTUAL PAGAMENTO, FAVOR INFORMAR ABAIXO OS DADOS BANCÁRIOS DA CONTA CORRENTE DE TITULARIDADE DO 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
---------------	-------------	---------	----------------	---------------

É APOSENTADO (A)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DESDE QUANDO? ____/____/____	QUAL MOTIVO? <input type="checkbox"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR DOENÇA <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ACIDENTE <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES ACERCA DO ACIDENTE**

QUANDO OCORREU O ACIDENTE? ____/____/____	EM QUE CIDADE/PAIS OCORREU O EVENTO?	O ACIDENTE FOI REGISTRADO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ATRAVÉS DE: <input type="checkbox"/> COMUNICADO DE ACIDENTE DE TRABALHO-CAT <input type="checkbox"/> BOLETIM DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
--	--------------------------------------	---

DESCREVA DETALHADAMENTE COMO CORREU O ACIDENTE:

---

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO SEGURADO: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO MÉDICO**  
 AS INFORMAÇÕES SEGUINTE DEVERÃO SER PRESTADAS PELO MÉDICO QUE ACOMPANHOU O SEGURADO DURANTE SEU TRATAMENTO.  
 INFORMAR A DATA E LOCAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO/HOSPITALAR.

QUAL O DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS REALIZADOS, EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO?

DESCRIÇÃO DA LESÃO EM DETALHES.

HOUE ALTA MÉDICA DEFINITIVA? TODOS OS TRATAMENTOS POSSÍVEIS PARA O QUADRO FORAM ENCERRADOS? INFORME A DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

QUAL O PERCENTUAL APURADO, FRENTE AS SEQUELAS APRESENTADAS?

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

---

**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 da CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso;
- ( ) Cópia simples do resultado de todos os exames realizados - diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme;
- ( ) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial - se for o caso;
- ( ) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, caso ele seja o condutor do veículo no momento do acidente;
- ( ) **SOMENTE NOS CASOS DE SEGURO EMPRESARIAL** - Cópia simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado; holerite ou ficha de rescisão contratual; e
- ( ) 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)

**NOS CASOS ONDE O SEGURADO NECESSITOU DE INTERDIÇÃO JUDICIAL, 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 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](http://www.portoseguro.com.br) / Vida e Previdência / Em caso de sinistro.