



AVISO DE SINISTRO INVALIDEZ FUNCIONAL PE TOTAL POR DOENÇA

DADOS DO SEGURADO			
Nome do Segurado			CPF (obrigatório)
Possui outros seguros? Em quais seguradoras?			
Endereço			Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
E-mail (letra de forma e legível)		Celular	Telefone
Situação do Segurado na data do Sinistro () Ativo () Aposentado () Afastado () Outros		Tipo de Aposentadoria () Idade () Tempo de Serviço () Invalidez	
		Data Requerimento	
		Data Concessão	
RELATÓRIO MÉDICO (a ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado – de forma legível)			
Idade	Peso	Altura	Pressão Arterial
Diagnóstico da Doença – Código do CID.			
Qual a origem, evolução da doença e quando se manifestou no Segurado (dia/mês/ano)?			
De que forma foi diagnosticada a doença e a quais tratamentos o segurado foi submetido? Exame realizados (r			
Descrever o estado atual da doença.			
O segurado tinha conhecimento da doença? () sim () não			Desde quando?
Há quanto tempo trata o segurado?			
primeira consulta:	Data última consulta:	Data início da doença:	
O segurado foi tratado anteriormente por outros médicos? () sim () não			
Nome _____	Endereço _____	Telefone _____	
Nome _____	Endereço _____	Telefone _____	
Nome _____	Endereço _____	Telefone _____	
A invalidez é considerada:			
PARCIAL E PERMANENTE () PARCIAL E TEMPORÁRIA () TOTAL E TEMPORÁRIA () TOTAL E PERMANENTE			
Se houve internação hospitalar, informar os locais e datas.			
O segurado encontra-se com quadro estabilizado? () não () sim			
O quadro pode se agravar? () não () sim			
Foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis no momento?			
Justificar _____ () sim – de			
doença tornou-se irreversível? _____			
Doenças neuropsíquicas: descrever detalhadamente as sequelas cognitivas, indicando ou não a curatela.			

Planilha1

Doenças crônicas: descrever detalhadamente o estado atual da doença, tratamento em curso paliativo ou atividade e/ou terminal. Tratando-se de doença cardíaca informar o enquadramento do quadro pelo classificação

Doenças osteomusculares e/ou neurológicas: descrever detalhadamente todas as limitações físicas deambulação e quais as atividades da vida diária que o segurado não realiza sem a ajuda de terceiros.

Doenças oculares: informar acuidade visual bilateral com a melhor correção e/ou descrever resultado da c recente.

Descrever as doenças associadas ou fatores de agravamento do quadro clínico atual.

Possui outros seguros?

() Não

() sim – em que Seguradora? _____

IDENTIFICAÇÃO MÉDICA

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento. A assinatura reconhecida obrigatoriamente.

Nome legível do Médico			CRM
Endereço			Telefone
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Assinatura e Carimbo			Data

Reconhecer firma

TERMO DE COMUNICAÇÃO

Autorizo a Cardif do Brasil a enviar informações sobre o(s) meu(s) processo(s), para o e-mail indicado (campo reclamante).

Local e Assinatura:

REMANENTE

ível)
nencionar
Data
()
() Não – sde que data a

Planilha1

não, doença em rio HYHA.
, condições de
ampimetria mais
a deve ter firma
dados do