



**PORTO
SEGURO**
SEGUROS

“ Este formulário deve ser utilizado apenas para inclusões/alterações em apólices vigentes, cujas condições ainda não foram adequadas às Circulares SUSEP No 302 e No 317 e que possuam a cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença.”

**AVISO DE SINISTRO DE VIDA EM GRUPO
E/OU ACIDENTES PESSOAIS**

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR _____ APÓLICE Nº _____

SEGURADO _____ DATA NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____ ESTADO CIVIL _____

SINISTRO DE MORTE INVALIDEZ D.M.H. D.I.T. CAUSA NATURAL - DOENÇA ACIDENTE DATA DE ADMISSÃO _____ ÚLTIMO DIA DE TRABALHO _____ ÚLTIMO SALÁRIO _____

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? _____ EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR:

PERÍODO DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

ESTAVA APOSENTADO? _____ DESDE QUANDO? _____ MOTIVO _____

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA _____

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR _____

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE

NOME _____ DATA NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____ TELEFONE _____

ENDEREÇO _____ CIDADE _____ ESTADO _____

DATA DO ACIDENTE _____ HORAS _____ LOCAL DO ACIDENTE _____

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? _____ QUAL? _____

CITE 2 (DUAS) PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU QUE SOCORRERAM O SEGURADO:

NOME _____ ENDEREÇO _____

NOME _____ ENDEREÇO _____

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO _____ LOCALIDADE _____ HOSPITAL _____

NOME DO MÉDICO _____ ENDEREÇO _____

DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA _____ NOME DO MÉDICO _____ ENDEREÇO _____

INFORMAR SE POSSUI OUTROS SEGUROS DE ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.I.T.

PELA PRESENTE, COMUNICO À **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS** O SINISTRO OCORRIDO COM O SR.(A) _____ NO DIA ____/____/____

NESTA OPORTUNIDADE, AUTORIZO A COMPANHIA SEGURADORA ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER DE TODO E QUALQUER MÉDICO, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERAM AO SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

LOCAL E DATA _____

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL _____

NOME DO SEGURADO:

MORTE NATURAL	LOCAL DO FALECIMENTO	DATA	HORA	FOI A SEU MÉDICO DURANTE A DOENÇA QUE O VÍTIMOU?	DATA 1ª CONSULTA	DATA ÚLTIMA CONSULTA
	QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?					
	INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO SEGUNDO A SUA ORDEM:					
	A) PRIMÁRIA					
	B) SECUNDÁRIA					
	ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)					
	HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO POSITIVO INFORMAR: HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO					
	TINHA O FALECIDO CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?	DESDE QUANDO?	QUAL A PROFISSÃO DO SEGURADO?	QUANTO TEMPO ESTEVE IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR?		
	HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA MORTE, DE HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO FALECIDO?					
	FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, ETC.)					
O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? (PEDE-SE DAR DETALHES, CASO POSITIVO)						
EMPREGOU O FALECIDO A OUTROS MÉDICOS DURANTE A SUA ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO POSITIVO, INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						

INVALIDEZ POR DOENÇA	DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO					
	DATA INÍCIO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO	DATA INVALIDEZ TOTAL POR DOENÇA	DATA DA APOSENTADORIA	O PACIENTE ESTÁ PARCIALMENTE OU TOTALMENTE?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA?
	ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)					
	FORAM REALIZADOS EXAMES PARA ESCLARECIMENTO DE DIAGNÓSTICO? CASO POSITIVO, QUAIS?					
	ENCONTRA-SE O SEGURADO COM O QUADRO CLÍNICO DEFINIDO?	QUAL O PROGNÓSTICO DO MESMO?				
	DESCREVER A SINTOMATOLOGIA, EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ.					
É DE SEU CONHECIMENTO, SE O SEGURADO SE TRATAVA ANTERIORMENTE COM OUTROS MÉDICOS? EM CASO POSITIVO, INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						

ACIDENTES PESSOAIS (INVALIDEZ - DMH - DIT)	DATA DO ACIDENTE	DATA 1º DO ATENDIMENTO MÉDICO	HISTÓRICO DO ACIDENTE		
	DESCRIÇÃO DA LESÃO EM DETALHES				
	QUAL O TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO?				
	HOUE INTERNAÇÃO? EM CASO POSITIVO INFORMAR NOME E ENDEREÇO DO HOSPITAL OU DA CLÍNICA				
	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO POSITIVO, QUAL?		
	ESTÁ O PACIENTE EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?				
	HÁ INVALIDEZ?				
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE				
	DESCREVA AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA ÓRGÃO OU MEMBRO ISOLADAMENTE E CLASSIFICANDO-O SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL (0% A 100%)				
	MENCIONAR OUTROS MÉDICOS QUE TRATARAM DO SEGURADO (NOME E ENDEREÇO)				
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					

DADOS MÉDICOS	NOME DO MÉDICO	CRM Nº
	ENDEREÇO	
	AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO VERDADEIRAS	
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO MÉDICO