

Aviso de Alta Médica Seguro de Acidentes Pessoais

Atenção: Este documento deve ser preenchido somente por médicos e enviado para a seguradora sempre após o término do tratamento.

1	A) Nome do Segurado					B) Data do Nascimento	
	C) Sexo	D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade	
	G) Nacionalidade		H) Profissão			I) CPF/MF	Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
	K) Endereço (Rua, nº)					L) DDD - Telefone	
	M) Bairro			N) Cidade		O) CEP	P) UF
2	A) Data do Acidente			B) Data do primeiro atendimento médico:			
3	Diagnóstico definitivo das lesões produzidas pelo trauma especificando as localizações com precisão anatômica:						
4	Lesões ou estados mórbidos pré-existent não relacionados com o trauma em pauta:						
5	Tipos de tratamentos ministrados com respectivas datas:						
6	Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com respectiva(s) data(s):						
7	Houve complicações intercorrentes? Queira descrever:						
8	A) Data de internação		B) Data da alta hospitalar		C) Data do término do tratamento médico		
9	Hospital ou clínica onde foi prestada a assistência médica: A) Nome				B) Localidade		

Aviso de Alta Médica Seguro de Acidentes Pessoais

10	Nome e especialidade do médico assistente:			
	A) Nome		B) Especialidade	
11	Tipos e duração do tratamento fisioterápico:			
	A) Tipos	B) Data de Início	C) Nº de sessões	D) Data de Término
12	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):			
13	Grau de redução funcional de cada articulação ou órgão (em medicina do seguro: mínimo, médio, máximo e rígido).			
14	Fazer aqui as observações que julgar serem necessárias:			
15	A) Localidade (cidade)		B) Data	
	C) Nome do Médico		D) CRM	
	E) Endereço do consultório (ou outros)		F) DDD - Telefone	
	G) Bairro	H) Cidade	I) CEP	J) UF
	Assinatura do Médico com Carimbo e CRM			

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível, de forma, ou datilografar. A assinatura do médico deverá ter a firma reconhecida.

Central de Sinistro de Seguros de Pessoas
 Comunicação e Informações de Sinistro de Seguros de Pessoas
 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2794
 Demais Localidades: 0800 701 2794
 Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h00, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144
 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,
 contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.