

Aviso de Sinistros Seguro de Acidentes Pessoais

Atenção: esta parte do relatório deve ser preenchida pelo Segurado ou seu representante legal.

1	A) Nome do Segurado Acidentado					B) Idade			
	C) Sexo		D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade		
	G) Nacionalidade			H) Profissão			I) CPF		Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão		Validade
	K) Endereço (Rua, nº)								
	L) Bairro			M) Cidade			N) UF		O) CEP
2	A) Data e hora da ocorrência do acidente:				B) Localidade de:				
	Data: Hora								
3	Descreva com letra legível como aconteceu o acidente, suas causas e consequências:								
4	Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente:								
	A) Nome:				B) Endereço:				
	C) Nome:				D) Endereço:				
5	A) Pessoa que prestou primeiros socorros:								
	B) Localidade:				C) Data e horário dos primeiros socorros:				
					Data: Hora:				
6	A) Data em que procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente:								
	B) Consultório, Clínica ou Hospital (Nome):				C) Endereço:				
7	A) Nome do Médico que assistiu o segurado:								
	B) Endereço:								
8	Médico Assistente do Segurado antes do Acidente:								
	A) Nome:				B) Endereço:				

Aviso de Sinistros Seguro de Acidentes Pessoais

Atenção: esta parte do relatório deve ser preenchida pelo Segurado ou seu representante legal.

9	A) Se houver intervenção de alguma autoridade, cite o nome e a qualificação:
	B) Localidade:
10	Se o acidentado já sofreu outro acidente, queira indicar: A) Em que data e em que condições:
	B) Consequências:
	C) Recebeu alguma indenização? Indicar Seguradora e Valor.
11	O abaixo assinado declarante é responsável pela verdade das informações
	Localidade e Data Assinatura

Relatório do Médico Assistente

1	A) Local do primeiro atendimento médico referente ao acidente em pauta:	B) Data:
2	Descrição detalhada e precisa das lesões diretamente produzidas pelo trauma atual:	
	A) As lesões constatadas são <u>diretamente</u> consequentes da causa traumática?	
3	B) Em caso negativo, qual a causa?	
	C) As lesões constatadas são diretamente consequentes de causa traumática?	
	A) Encontrou no acidentado qualquer defeito físico ou doença pré-existente ao acidente? Queira esclarecer.	
4	B) Este efeito ou doença pode agravar ou vir aumentar as consequências do Acidente? Esclarecer.	
	C) Houve agravamento das lesões por falta de cuidados médicos imediatos?	

Relatório do Médico Assistente

5	Observações necessárias e maiores esclarecimentos sobre as lesões e o quadro clínico do acidentado:		
A) Localidade e Data:			
B) Nome do Médico declarante:		C) CPF:	Controle
D) Endereço:		E) Bairro:	
F) Cidade:	G) UF:	H) CEP:	
6	I) Assinatura e carimbo do médico:		J) CRM:

Atenção: favor responder aos quesitos com letra legível, de forma ou datilografar. A assinatura do médico deve conter carimbo e CRM.

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.