

## AVISO DE SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS

**ATENÇÃO**  
Preencher em letra de forma;  
Reconhecer a firma do médico em tabelião

Nº da Apólice		Plano			
<b>INFORMAÇÕES A RESPEITO DA PESSOA ACIDENTADA</b>					
Nome		Idade	Sexo	Profissão	
Endereço Residencial		Município	UF	CEP	
<b>POSSUI SEGURO DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRAS COMPANHIAS? (Caso afirmativo, indicar)</b>					
Tipo de Seguro		Valor		Companhia	
Tipo de Seguro		Valor		Companhia	
<b>INFORMAÇÕES A RESPEITO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE</b>					
Local do Acidente		Município	UF	Hora	CEP
Nome das testemunhas ou das pessoas que viram o acidentado logo após o acidente					
Atividade exercida pelo segurado no momento do acidente					
Pessoa que prestou os primeiros socorros					
Local e tempo em que estes foram prestados					
Nome do Médico que assistiu o segurado					
Endereço Residencial		Município	UF	CEP	
<b>DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE, MENCIONANDO A CAUSA E SUAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS</b>					
<p><b>O abaixo assinado declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.</b></p>					
_____			_____		
Local/Data			Assinatura do Beneficiário		
<b>RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicado de Sinistro com Informações Médicas (Preenchidos todos os itens)</li> <li>- Cópia do RG e CPF do Beneficiário</li> <li>- Cópia do Registro de Emprego e Carteira Profissional do Funcionário (Parte da Anotação do Afastamento para INSS) – quando se tratar de Apólice de Funcionário.</li> <li>- Cópia do Holerith Referente ao Último mês em Atividade (Antes do Afastamento)</li> <li>- Cópia do Comprovante de Residência do Segurado</li> </ul> <p>Obs.: Todos os documentos necessários para a regulação devem ser autenticados.</p>					
<p>Ouvidoria <b>0800 775 3240</b> - De Segunda à Sexta, das 8h às 20h, exceto feriados.  SAC –24 horas: Capitais e Principais cidades Metropolitanas <b>4002-7647</b> e Demais localidades <b>0800-775-7647</b>  Deficiente Auditivo e de Fala- Capitais e Principais cidades <b>4002-5045</b> e demais localidades <b>0800-775-5045.</b>  <a href="http://www.mapfreprevidencia.com.br">www.mapfreprevidencia.com.br</a></p>					

## AVISO DE SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS

**ATENÇÃO**  
Preencher em letra de forma;  
Reconhecer a firma do médico em tabelião

<b>NOME DO SEGURADO:</b>			
<b>RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE</b>			
Data do Acidente:		Data do Atendimento Médico:	
As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Em caso negativo, qual é a causa?			
Quais as lesões sofridas (diagnóstico)?			
Qual o Tratamento Imediato?			
Encontra-se o segurado com alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual a data da alta médica definitiva?	
Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta e a que terapêutica está sendo submetido?			
Ficará o segurado com alguma invalidez? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Em caso de invalidez, classifique: <input type="checkbox"/> Parcial e permanente <input type="checkbox"/> Total e permanente			
Em caso de invalidez parcial e permanente, descreva-se com detalhes:			
Em caso de invalidez parcial e permanente, como classificaria o percentual de (0 a 100) de perda do órgão lesado? Descrever separadamente.			
Quais outras observações V.Sa. julga oportuno fazer?			
<b>O abaixo assinado médico-assistente declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.</b>			
<b>Local Data</b>		_____	
		<b>Assinatura e Carimbo do médico Assistente</b>	
<b>Nota: com firma reconhecida.</b>			
<b>DADOS DO MÉDICO</b>			
Nome legível do médico			CRM
Endereço Residencial		Nº	Complemento CEP
Bairro	Cidade	UF	Telefone (DDD)

**INDICAÇÃO DAS LESOES POR REGIÕES CORPORAIS**

