

ESTE AVISO DEVERÁ SER ENCAMINHADO À SEGURADORA NO PRAZO DE 5 DIAS ÚTEIS, APÓS O EVENTO.

INFORMAÇÕES DO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DO EVENTO <input type="checkbox"/> ACIDENTE <input type="checkbox"/> DOENÇA	SINISTRO Nº (em caso de prorrogação)	Nº APÓLICE/CERTIFICADO	DATA DA OCORRÊNCIA INÍCIO INCAPACIDADE	DATA DE ENVIO DO AVISO
---	--------------------------------------	------------------------	--	------------------------

NOME DO ESTIPULANTE (PLANOS COLETIVOS)

NOME DO SEGURADO

DATA DE NASCIMENTO	SEXO	CPF	RG	Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL	PROFISSÃO EXERCIDA/ESPECIALIDADE
--------------------	------	-----	----	-----------------------------	----------------------------------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	(DDD) TELEFONE
--------	--------	----	-----	----------------

ENDEREÇO COMERCIAL

BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	(DDD) TELEFONE
--------	--------	----	-----	----------------

INFORMAR A ORIGEM DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, CAUSA DA LESÃO E DESDE QUANDO TEM CONHECIMENTO DA PATOLOGIA

DECLARAÇÃO

Declaro que em virtude do exposto acima, meu período de afastamento teve início conforme a data mencionada. Estou ciente de que só terei direito ao recebimento do benefício enquanto durar a incapacidade. Declaro ainda estar completamente afastado de toda e qualquer atividade profissional.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA ANÁLISE DO PROCESSO

- Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado (original);
- RG, CPF e Comprovante de Residência do segurado;
- Exames Complementares realizados;
- Em casos de intervenção cirúrgica, faz-se necessária cópia prontuário médico hospitalar completo;
- Tratando-se de acidente de trabalho, juntar cópia do Formulário de Comprovação de Acidente de Trabalho (CAT); (cópia autenticada).
- Tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar cópia do Boletim de Ocorrência; (cópia autenticada);
- Prontuário ou ficha médica hospitalar de atendimento emergencial.
- Comprovante de vínculo oficial entre o segurado e estipulante, bem como de rendimento em caso de Seguro Profissional Coletivo.

NOTA: Outros documentos poderão ser solicitados pela seguradora

DADOS DO CORRETOR

NOME DO CORRETOR	SUSEP	E-MAIL
------------------	-------	--------

AUTORIZAÇÃO NO CASO DE EVENTUAL PAGAMENTO NOS TERMOS DA LEI Nº 10.214/01

Autorizo a Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais a efetuar o respectivo pagamento/crédito, na conta corrente de minha titularidade, conforme abaixo indicada:

NÚMERO DO BANCO	NÚMERO DA AGÊNCIA	CONTA CORRENTE E DÍGITO
-----------------	-------------------	-------------------------

"Na hipótese de haver divergências dos dados, acima fornecidos por mim, tais como número de CPF ou CNPJ, dados da conta corrente, banco ou agência, o depósito bancário será recusado, isentando a Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais pela não efetivação do mesmo".

Ressaltamos que o simples envio do presente instrumento de autorização (Aviso de Sinistro para Concessão Diária de Incapacidade Temporária), não terá valor jurídico para uma possível indenização de sinistro e/ou quitação, sem a prévia análise de todo processo de sinistro que será efetuado pela Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais.

Se caracterizada a indenização, o favorecido(a)/beneficiário(a) deverá assinar recibo de quitação junto à Cia., para que posteriormente seja efetuado o crédito na sua conta corrente, conforme especificada nesse documento.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A)

IMPORTANTE:

O depósito será efetuado somente na **CONTA CORRENTE** de **TITULARIDADE DO FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A)**. Qualquer outra possibilidade, que não seja esta, o crédito **NÃO SERÁ EFETIVADO**.

PARA USO DO MÉDICO ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

DESDE QUANDO É MÉDICO DO SEGURADO?	DATA INÍCIO DOS SINTOMAS	DATA DA 1º CONSULTA PELO PROBLEMA ATUAL
DATA DO DIAGNÓSTICO	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA	DATA INÍCIO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

ORIGEM DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ESPECIFICAR A DOENÇA E EM CASO DE ACIDENTE, ESPECIFICAR SUA NATUREZA E LESÕES SOFRIDAS E QUAL TRATAMENTO INSTITUÍDO; DESCREVER A CIRURGIA, SE REALIZADA)

QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS

EM QUE ÉPOCA?

DIAGNÓSTICO	CID	PROGNÓSTICO
-------------	-----	-------------

O PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO PARA O EXERCÍCIO DO TRABALHO? SIM NÃO

SE POSITIVO QUAL O PERÍODO APROXIMADO? _____ DIAS

APÓS A INCAPACIDADE ATESTADA FOI INICIADO TRATAMENTO ADEQUADO E IMEDIATO? SIM NÃO

LOCAL DO 1º ATENDIMENTO

NOME DO HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTÓRIO

ENDEREÇO

BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	(DDD) TELEFONE
--------	--------	----	-----	----------------

PREENCHER SOMENTE EM CASO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

DESCRIÇÃO E CAUSA EXATA DA LESÃO. INDICAR CARÁTER, SEDE E EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE

RESULTOU EM LESÃO DOS NERVOS, TENDÕES, MÚSCULOS OU ÓRGÃOS OU HÁ SUSPEITA? SE AFIRMATIVO, EM QUE CONSISTE?

QUAIS AS CONDIÇÕES DE INTEGRIDADE FISIOLÓGICA E ANATÔMICA DO SEGURADO? INDICAR QUAIS OS VESTÍGIOS (LESÕES, DOENÇAS E ENFERMIDADES)

QUE CONSEQUÊNCIAS O ACIDENTE PODERÁ TRAZER PARA O SEGURADO?

PREENCHER SOMENTE PARA PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO

PERÍODO DA INCAPACIDADE ATESTADA ANTERIORMENTE	QUAL O PERÍODO APROXIMADO DA PRORROGAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DO SEGURADO?
--	--

JUSTIFICAR AS RAZÕES DA PRORROGAÇÃO DO AFASTAMENTO POR INCAPACIDADE

INFORMAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME LEGÍVEL	CRM
--------------	-----

ENDEREÇO

BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	(DDD) TELEFONE
--------	--------	----	-----	----------------

E-MAIL
