

FOP 006

**AVISO DE ACIDENTE
DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT**

DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO PRINCIPAL					
Nome			CPF		Data de nascimento / /
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
E-mail					
Profissão		Período de Afastamento do Trabalho		Período do Tratamento Médico	
DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO SINISTRADO (Preencher apenas se o Segurado Sinistrado for diferente do Segurado Principal)					
Nome			CPF		Data de nascimento / /
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
E-mail			Grau de parentesco com o Segurado:		
DADOS DO SINISTRO (Preenchimento obrigatório)					
Local de ocorrência do sinistro		Data da ocorrência / /	Hora da ocorrência	Em serviço <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros			Em caso de Acidente Automobilístico: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre		
Evento registrado por autoridade policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Foi realizado Exame Necroscópico/Corpo e Delito? (em caso positivo, anexar cópia) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Foi realizado Exame de Dosagem Alcoólica? (em caso positivo, anexar cópia)			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Descreva detalhadamente o evento ocorrido, as suas causas e consequências:					
Houve Internação Hospitalar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome do Hospital	Data da Internação / /	Data da Alta / /	
Qual era a atividade exercida no momento do acidente?					
Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros:					
Mencione acidentes sofridos anteriormente (indicar as datas e características das lesões):					
TERMO DE AUTORIZAÇÃO					
<p>AUTORIZO, A PREVISUL SEGURADORA OU SEU REPRESENTANTE A REQUERER INFORMAÇÕES JUNTO A MÉDICOS, EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, CONVÊNIO MÉDICOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PÚBLICAS OU PRIVADAS, SOLICITAR CÓPIAS DE FICHAS MÉDICAS, PRONTUÁRIOS CLÍNICOS, RESULTADOS DE EXAMES E RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO.</p> <p>AUTORIZO QUE OS REFERIDOS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES AO REPRESENTANTE E AUTORIZADO DA SEGURADORA COM A FINALIDADE EXCLUSIVA DE ANÁLISE À SEGURADORA.</p>					

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

FOP 006

ATESTADO DEFINITIVO DO MÉDICO ASSISTENTE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DIT

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (Preenchimento obrigatório)					
Nome do Segurado		CPF		Data de nascimento / /	
Data do Primeiro Atendimento / /		Data do Último Atendimento / /		Data do Início da Incapacidade Temporária / /	
Qual a natureza do acidente?				Em que data ocorreu? / /	
Quais as lesões ou moléstias apresentadas pelo Segurado logo após o acidente? Descreva as lesões sofridas e os segmentos/órgãos afetados (extensão, largura, profundidade, etc.)				CID	
Qual o tratamento realizado?					
Ocorreram complicações no tratamento? Caso positivo, descreva as mesmas e o tratamento realizado.					
Existem tratamentos futuros que possam curar ou reduzir as sequelas causadas pelo acidente? Caso positivo, descreva os mesmos.					
Quais exames foram realizados?				Em que data? / /	
O Segurado está incapacitado para o exercício profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Qual o período aproximado?	
O Segurado está de alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> Sim Desde / / <input type="checkbox"/> Não Prevista para / /					
Nome do Médico			CRM		Especialidade
Endereço Comercial				Nº	Complemento
Bairro		CEP	Cidade		UF
				DDD	Telefone

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM