

FOP 002

AVISO DE SINISTRO - MORTE

Morte Natural

Morte Acidental

Auxílio/Assistência Funeral

DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO PRINCIPAL					
Nome do Segurado			CPF		Data de nascimento / /
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO DEPENDENTE			GRAU DE PARENTESCO COM O SEGURADO		
Nome do Segurado			CPF		Data de nascimento / /
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
DADOS DO SINISTRO					
Local de ocorrência do sinistro		Data da ocorrência / /	Hora da ocorrência	Em serviço <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome e endereço do médico que assistiu, na sua última enfermidade:					
Descreva detalhadamente o evento ocorrido, as suas causas e consequências:					
PREENCHER SOMENTE QUANDO MORTE ACIDENTAL					
Causa <input type="checkbox"/> Acidente Automobilístico <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Latrocínio <input type="checkbox"/> Outros (especificar)					
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		
DADOS DO BENEFICIÁRIO					
Nome do Beneficiário			CPF		Grau de parentesco
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
E-mail					
TERMO DE AUTORIZAÇÃO					
<p>AUTORIZO, A PREVISUL SEGURODORA OU SEU REPRESENTANTE A REQUERER INFORMAÇÕES JUNTO A MÉDICOS, EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, CONVÊNIOS 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 SEGURODORA COM A FINALIDADE EXCLUSIVA DE ANÁLISE À SEGURODORA.</p>					

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

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

RELATÓRIO DO MÉDICO QUE ASSISTIU O SEGURADO DURANTE SUA ÚLTIMA ENFERMIDADE	
1 - Nome do Falecido:	<input type="checkbox"/> Morte natural <input type="checkbox"/> Morte acidental
2 - Foi o falecimento ocasionado por suicídio, homicídio, acidente ou moléstia? Qual a causa imediata da morte?	
3 - Se o falecimento foi por acidente, favor indicar lugar, data e demais detalhes do acidente:	
4 - Houve inquérito policial? Autópsia? Em que localidade (município)?	
5 - Conheceu pessoalmente o falecido?	6 - Desde quando?
7 - Tratou o falecido, antes de sua última enfermidade? Quando? Porque motivo?	
8 - O paciente procurou-o em primeiro lugar ou foi encaminhado por outro médico?	
9 - Em caso positivo, poderia informar o(s) nome(s) do(s) mesmo(s) bem como seu(s) endereço(s)?	
10 - Quando atendeu o falecido pela 1ª vez com relação à lesão ou moléstia que o vitimou?	
11 - Onde? (consultório, residência, hospital, etc). Se foi no hospital, quando deu entrada no hospital?	
12 - Permaneceu hospitalizado sem interrupção até sua morte?	
13 - Data e hora de sua última visita:	14 - Data e hora do falecimento:
15 - Local e endereço do falecimento (residência, hospital, local do acidente, etc)	
16 - Qual a causa imediata da morte e moléstia que a produziu?	
17 - De que outras moléstias sofreu o falecido que possam ter contribuído para sua morte? Desde quando?	
18 - Há quanto tempo esteve o falecido sofrendo da(s) moléstia(s) acima indicada(s)?	
19 - O Segurado estava ciente das moléstias? Desde quando?	
20 - Estavam os familiares cientes destas moléstias? Em suas consultas o Segurado fazia-se acompanhar de algum familiar? Quem? (indicar o grau de parentesco)	
21 - Por quanto tempo, anterior a sua morte, esteve o falecido em casa ou impossibilitado de exercer suas atividades profissionais?	
22 - Houve algum fator que direta ou indiretamente tenha contribuído para o óbito (ocupação, hábitos, residência, etc). Em caso positivo, especifique:	

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.