

Preenchimento exclusivo: seguro pessoa jurídica

ESTIPULANTE/EMPRESA

DATA DE ADMISSÃO

Dados do Segurado

NOME DO SEGURADO

APÓLICE/CERTIFICADO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

CPF

PROFISSÃO

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD E TELEFONE

RECADO

DDD E CELULAR

E-MAIL

MENCIONE OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS POSSUI SEGURO E QUAL O SEGURO

Dados para Contato

NOME COMPLETO

CPF

COMO DESEJA ACOMPANHAR O STATUS DO SINISTRO?

<input type="checkbox"/> E-MAIL	INFORME SEU E-MAIL:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SMS	INFORME SEU TELEFONE COM DDD:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> TELEFONE	INFORME SEU TELEFONE COM DDD:	<input type="text"/>

Histórico Médico

- 1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tratou do Segurado na sua última enfermidade.
- 2) Para a devida regulação do sinistro, o médico declarante deve responder completamente a todos os quesitos.
- 3) Evitar o uso de termos vagos, como “lesão do coração”, “debilidade geral” e semelhantes, exceto se seguidos de explicação detalhada.
- 4) Caso os espaços destinados às respostas não sejam suficientes, utilizar o campo destinado às “observações adicionais”.
- 5) Caso o médico assistente se recuse a preencher este documento, substituí-lo por Relatório Médico com o Histórico das Doenças e Cópia de todos os exames realizados para o tratamento.

DESDE QUANDO FOI SEU MÉDICO?

QUAL MOTIVO?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Histórico Médico

INÍCIO DOS SINTOMAS

QUAIS?

DIAGNÓSTICO DETALHADO DA DOENÇA E CÓDIGO DO C.I.D.

QUANDO E DE QUE FORMA FOI DIAGNOSTICADA A DOENÇA DO SEGURADO?

DOENÇAS SECUNDÁRIAS

DATA DO DIAGNÓSTICO

QUE EXAMES FORAM REALIZADOS PARA ESCLARECIMENTOS DO DIAGNÓSTICO? MENCIONAR DATAS E RESULTADOS.

O PACIENTE TINHA CONHECIMENTO DA DOENÇA?

NÃO SIM DESDE: / /

HOUVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? PERÍODO(S)

HOSPITAL(IS)

BREVE RELATO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO SEGURADO

CONSIDERANDO O QUADRO ATUAL, PODEMOS CONSIDERAR O SEGURADO UM PACIENTE EM FASE TERMINAL?

NÃO SIM

EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA, EM QUE DATA OCORREU A SUA CARACTERIZAÇÃO?

/ /

HOUVE ATENDIMENTO MÉDICO ANTES DO EVENTO?

DATAS

NOMES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS

Identificação do Médico Assistente

NOME DO MÉDICO

CRM

ESPECIALIDADE

ENDEREÇO

CIDADE

UF

DDD E TELEFONE

E-MAIL

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

LOCAL: _____ DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO

ESPAÇO DESTINADO AO
RECONHECIMENTO DE FIRMA
(EM CARTÓRIO)

ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA



**APLICATIVO
SANTANDER**



**SANTANDER
.COM.BR**



@SANTANDER_BR



SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento

Consultas, informações
e transações.

4004 3535

(CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS)

0800 702 3535

(DEMAIS LOCALIDADES)

0800 723 5007

(Pessoas com deficiência auditiva e de fala.)

SAC

**Reclamações, cancelamentos
e informações: 0800 762 7777.**

Atende pessoas com deficiência
auditiva e de fala no 0800 771 0401.

OUVIDORIA

**Se não ficar satisfeito com
a solução apresentada:**

0800 726 0322. Disponível
de segunda a sexta-feira,
das **9h às 18h**, exceto feriado.
Atende pessoas com deficiência
auditiva e de fala no 0800 771 0301.