

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante

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?

 E-MAIL

INFORME SEU E-MAIL:

 SMS

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

 TELEFONE

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

Descrição do Evento

DATA DO ACIDENTE

HORA DO ACIDENTE

LOCAL

DIA MÊS ANO

O EVENTO FOI REGISTRADO POR AUTORIDADE POLICIAL?

 NÃO SIM

DISTRITO POLICIAL

FOI FEITO EXAME NO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA (I.C.)? (EM CASO POSITIVO, ANEXAR CÓPIA DO LAUDO)

 NÃO SIM

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante

Histórico Médico

- 1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que prestou atendimento ao Segurado em tratamento decorrente do acidente.
- 2) Para agilizar a regulação do sinistro, o médico declarante deve responder completamente a todos os quesitos.
- 3) Se os espaços destinados às respostas não forem suficientes, utilizar o campo destinado às "Observações".
- 4) 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.

ESPECIFICAR AS LESÕES DECORRENTES DO ACIDENTE / DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO INICIAL DAS LESÕES

TRATAMENTO REALIZADO

AS LESÕES FORAM CAUSADAS EXCLUSIVAMENTE PELO ACIDENTE?

NÃO

SIM

ESCLARECER:

HOUE CONCORRÊNCIA DE DOENÇA ANTERIOR COMPLICANDO AS LESÕES CAUSADAS PELO ACIDENTE?

NÃO

SIM

ESCLARECER:

HOUE INTERNAÇÃO HOSPITALAR?

PERÍODO(S)

HOSPITAL(IS)

O PACIENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTOS?

NÃO

SIM

DATA DA ALTA MÉDICA

EM CASO POSITIVO, QUAL O TEMPO PREVISTO PARA A ALTA MÉDICA?

DIA MÊS ANO

HOUE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA DE MEMBROS OU ÓRGÃOS?

NÃO

SIM

DESCREVER:

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante

Histórico Médico

QUAL O GRAU DE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DO MEMBRO / ÓRGÃO EM PERCENTUAL (DE 0% A 100%)?

NA IMPOSSIBILIDADE DE QUALIFICAR A INCAPACIDADE EM PERCENTUAL, INDICAR: MÍNIMO MÉDIO MÁXIMO

O PACIENTE ERA PORTADOR DE ALGUMA DEFICIÊNCIA ANTERIOR? EM CASO POSITIVO, ESPECIFICAR:

HOUE ATENDIMENTO MÉDICO ANTES DO EVENTO?	DATAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOMES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS

Identificação do Médico Assistente

NOME DO MÉDICO CRM

ESPECIALIDADE ENDEREÇO

CIDADE UF DDD E TELEFONE E-MAIL

OBSERVAÇÕES

LOCAL: _____ DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO

ESPAÇO DESTINADO AO RECONHECIMENTO DE FIRMA (EM CARTÓRIO)

Aviso de Sinistro

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante



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.