

SEGUROS

Este relatório que terá um tratamento ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL destina-se a complementar o pedido de indemnização por:

- INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA PARA O TRABALHO
 INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

As questões colocadas são essenciais para a resolução deste processo, pelo que solicitamos que nos informe de todos os detalhes que considere úteis para a análise do sinistro.

A PREENCHER PELA SEGURADORA:

N.º Titular:	N.º Apólice:	N.º Processo de Sinistro:
--------------	--------------	---------------------------

1. PESSOA SEGURA / PACIENTE:

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

2. QUE ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA LHE FORAM FACULTADOS?

Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão Cartão de Utente da Segurança Social Outro: _____

3. EM CASO DE ACIDENTE

Descreva a situação clínica

--

3.1. DATA DO ACIDENTE

____/____/____

4. EM CASO DE DOENÇA

Diagnóstico preciso

--

4.1. DATA DE PRIMEIRO DIAGNÓSTICO

____/____/____

5. ÍNDIQUE POR FAVOR

Manifestações
Datas que ocorreram:
Evolução

5.1. O PACIENTE FOI ENVIADO PARA MÉDICO ESPECIALISTA? SIM NÃO

Se sim detalhe:

--

6. É SEU MÉDICO ASSISTENTE? SIM NÃO

Desde quando: ____/____/____

6.1. HISTORIAL CLÍNICO ÚLTIMOS 5 ANOS

Data	Diagnóstico	Duração

7. AS CONDIÇÕES ATRÁS REFERIDAS SÃO RELACIONADAS COM DANOS AUTO-INFLIGIDOS, PARTO, GRAVIDEZ OU ABORTO, CONSUMO DE ÁLCOOL OU DE DROGAS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA, GUERRA, COMOÇÕES CIVIS, DOENÇAS NERVOSAS OU SINTOMAS INEXPLICÁVEIS?

Sim Não

Se sim detalhe

8. OBSERVAÇÕES QUE O MÉDICO JULGUE CONVENIENTE FAZER

Nome do Médico (maiúsculas): _____

Nº de Cédula Profissional: _____

Centro de Saúde de _____

Assinatura: _____

Vinheta do Médico:

Vinheta ou Carimbo da Unidade de Saúde onde
foi assistido, se aplicável:

Data: _____, ____/____/____

SEGUROS

DOCUMENTOS A APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE À SEGURADORA PARA A COBERTURA ACIONADA

 Invalidez Absoluta e Definitiva

- 1. Declaração médica do delegado de saúde ou médico de família atestando a dependência de uma terceira pessoa para a prática de atos essenciais da vida corrente
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão do Beneficiário caso seja diferente da Pessoa Segura (fotocópia)
- 4. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 5. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

 Invalidez Total e Permanente (ITP)

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- 2. Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP)
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 4. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 5. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

ITP por Doença – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Relatório do médico assistente com data do(s) diagnóstico(s), exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

ITP por Acidente – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Auto da ocorrência ou descrição do acidente

 Incapacidade Total Permanente Acidente (ITPA)

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- 2. Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP) (fotocópia)
- 3. Auto da ocorrência ou descrição do acidente
- 4. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 5. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária

 Incapacidade Permanente (IP)

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP) (fotocópia)
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária

IP por Acidente – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Auto da ocorrência ou descrição do acidente

 Invalidez Profissional

- 1. Atestado médico exonerado pelos serviços de medicina de trabalho atestando a total incapacidade para a execução de tarefas fundamentais para a atividade profissional
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 4. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

 Incapacidade Temporária Absoluta para o Trabalho (ITAT)

- 1. Relatório entidade patronal (impresso anexo)
- 2. Declaração da entidade credora com: nº de contrato; data início; prazo, prestação mensal
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

ITAT por Doença – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente deverá ser renovado e enviado mensalmente sempre que complete mais de 30 dias de incapacidade
- 2. Relatório médico assistente com datas dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

 Incapacidade Temporária (IT)

- 1. Relatório entidade patronal (impresso anexo)
- 2. Declaração da entidade credora com: nº de contrato; data início; prazo, prestação mensal
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

ITAT / IT por Acidente – dependendo da ocorrência para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente deverá ser renovado e enviado mensalmente sempre que complete mais de 30 dias de incapacidade
- 2. Relatório médico assistente com datas dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

Eventualmente poderão ser solicitados outros elementos para avaliação do sinistro.