# *Aviso de Sinistro* - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

União Seguradora

Nº do Sinistro | Data do Comunicado

## 1. Dados da Apólice

Nome do Estipulante/Subestipulante | Nº da Apólice

## 2. Dados do Segurado Sinistrado

Nome Completo | Data de Nascimento

CPF | Documento de Identidade/RG | Órgão Emissor/UF | Data da Expedição

Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. | Estado Civil | Endereço Residencial | Nº | Complemento

Bairro | Cidade | UF | CEP | Telefone ( )

E-mail | Função/Cargo/Ocupação Principal

Data da Admissão/Posse | Último Dia de Trabalho | Dados de Afastamento - Aposentado: ☐ Sim - Desde: ____/____/_____ ☐ Não | Tipo de Aposentadoria ☐ Idade ☐ Tempo de Serviço ☐ Invalidez

**Renda Média Mensal (em quantidade de salários mínimos)**
☐ Até 3 Sal.Mín. ☐ De 3 a 6 Sal. Mín. ☐ De 6 a 10 Sal. Mín. ☐ Acima de 10 Sal. Mín.

Possui Outros Seguros? Em Quais Seguradoras?

## 3. Dados do Reclamante/Declarante

Tipo
☐ Segurado Principal ☐ Cônjuge ☐ Procurador ☐ Curador ☐ Beneficiário - Grau de Parentesco _____

Nome Completo | Telefone Celular ( )

CPF | Documento de Identidade/RG | Órgão Emissor/UF | Data da Expedição

## 4. Relação de Documentos para Regulação do Sinistro

**Anexos:**

- ☐ **Aviso de sinistro completo.**
- ☐ **Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.**
- ☐ **Cópia autenticada da CNH, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.**
- ☐ **Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.**
- ☐ **Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.**
- ☐ **Cópia do comprovante de residência do Segurado.**
- ☐ **Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido e assinado pelo Médico.**
- ☐ **Cópia autenticada do Laudo do primeiro atendimento médico-hospitalar e exames complementares realizados.**
- ☐ **Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data do sinistro.**
- ☐ **Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de doença mental, anexando a Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do Curador.**
- ☐ **Comprovante dos Dados Bancários.**

## 5. Termo de Autorização

Autorizo, nos termos da Resolução 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, a União Seguradora, ou a quem esta delegar poderes para tanto, a solicitar cópia de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, instituições hospitalares e previdências, clínicas, laboratórios, convênios médicos, planos de saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, onde recebi atendimento médico.
Autorizo, ainda, a utilização do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares para a análise e liquidação do sinistro.

_____ ____/____/____
Local e Data

_____
Assinatura do Segurado/Representante Legal

# RELATÓRIO MÉDICO

## Aviso de Sinistro - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a)

Data de Nascimento

Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo Médico assistente do sinistrado.
Para a devida regulação do sinistro, o Médico declarante deve responder completamente todos os quesitos.
Caso os espaços destinados às respostas não forem suficientes, utilizar o campo destinado às observações adicionais.

Data do acidente

Data do primeiro atendimento

Quem lhe descreveu o acidente

Como foi descrito o acidente?

Quais as lesões ocorridas? (Fornecer detalhes)

As lesões relatadas são diretamente consequentes de causa traumática? Indique as causas.

As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente? Indique as causas.

Descrever a evolução do quadro clínico da lesão/disfunção:

Sofreu alguma cirurgia? ☐ **Não** ☐ **Sim** Especifique:

Há tratamento em curso? ☐ **Não** ☐ **Sim** Especifique:

Encontra-se de alta médica? ☐ **Não** ☐ **Sim**

Alta em: _____/_____/_____.

Ficará com alguma invalidez?

☐ **Não** ☐ **Sim** ☐ **Parcial** ☐ **Total** ☐ **Temporária** ☐ **Permanente**

Especifique o grau da limitação funcional existente correspondente a cada membro ou órgão lesionado (de 0 a 100 o percentual de invalidez permanente).

Considera o(a) paciente definitivamente incapaz para exercer suas atividades profissionais? Justificar a resposta

Em que data foram esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para reabilitação do(a) paciente e que determinaram sua invalidez em caráter permanente?

Informar: Nome/CRM/Telefone

O(A) paciente foi tratado(a) anteriormente por outro(s) médico(s)? ☐ **Não** ☐ **Sim**

Observações Adicionais

**Identificação do Médico Assistente**

Nome

Endereço

E-mail

Especialidade

Local e Data:

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente - Reconhecer firma em cartório