

Atenção: Esta parte do relatório deve ser preenchida pelo segurado ou seu representante legal.

1	A) Nome do Segurado Acidentado					B) Idade			
	C) Sexo		D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade		
	G) Nacionalidade			H) Profissão			I) CPF		Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
	K) Endereço (Rua, nº)								
L) Bairro			M) Cidade			N) UF	O) CEP		
2	A) Data e hora da ocorrência do acidente:				B) Localidade de:				
	Data:		Hora						
3	Descreva com letra legível como aconteceu o acidente, suas causas e consequências:								
4	Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente:								
	A) Nome:				B) Endereço:				
C) Nome:				D) Endereço:					
5	A) Pessoa que prestou primeiros socorros:								
	B) Localidade:				C) Data e horário dos primeiros socorros:				
				Data: Hora:					
6	A) Data em que procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente:								
	B) Consultório, Clínica ou Hospital (Nome):				C) Endereço:				
7	A) Nome do Médico que assistiu o segurado:								
	B) Endereço:								
8	Médico Assitente do Segurado antes do Acidente:								
	A) Nome:								
B) Endereço:									

1	A) Local do primeiro atendimento médico referente ao acidente em pauta:	B) Data:
2	Descrição detalhada e precisa das lesões diretamente produzidas pelo trauma atual:	
3	A) As lesões constatadas são <u>diretamente</u> consequentes da causa traumática?	
	B) Em caso negativo, qual a causa?	
	C) As lesões constatadas são diretamente consequentes de causa traumática?	
4	A) Encontrou no acidentado qualquer defeito físico ou doença pré-existente ao acidente? Queira esclarecer.	
	B) Este efeito ou doença pode agravar ou vir aumentar as consequências do Acidente? Esclarecer.	
	C) Houve agravamento das lesões por falta de cuidados médicos imediatos?	

5	Observações necessárias e maiores esclarecimentos sobre as lesões e o quadro clínico do acidentado:		
	A) Localidade e Data:		
	B) Nome do Médico declarante:		C) CPF: Controle
	D) Endereço:		E) Bairro:
6	F) Cidade:	G) UF:	H) CEP:
	I) Assinatura e carimbo do médico:		J) CRM:

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível, de forma, ou datilografar. A assinatura do Médico deverá ter firma reconhecida.

Central de Atendimento ao Cliente: Capitais e Regiões Metropolitanas, 4002-0022; nas demais localidades, 0800-570-0022
Serviço de Apoio ao Cliente - SAC: 0800 721 1144, para clientes com Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 722 0099