



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

Portal de Sinistros

WEB Pessoas

Novidade de Sinistros

Sumário

- ✓ Funcionalidades
- ✓ Aviso de sinistro
- ✓ Consulta de sinistros

Objetivo

- Ajustar processo de aviso de sinistro de modo que a inserção do aviso ocorra na ferramenta web e o envio de documentos parta do segurado/beneficiário através de porte pago.

Benefícios

- Facilita e agiliza a abertura de sinistros a partir da ferramenta web da Tokio Marine;
- Possibilita acompanhamento remoto dos sinistros em atendimento;

Funcionalidade

Por meio do Portal Web Tokio Marine, tanto o Estipulante, corretor, segurado e/ou beneficiário terão acesso às informações referentes ao sinistro: registro do aviso e histórico de processo.

Uma ferramenta prática, auto explicativa, que proporciona facilidade e agilidade, possibilitando o preenchimento do aviso de sinistro pela internet para as apólices vigentes de seguros de Pessoas. Além disso, o sistema sinalizará quando as informações obrigatórias não forem preenchidas e quando identificar informações importantes para análise do sinistro.

Para as demais situações, o aviso de sinistro continua sendo formalizado pela Central de Atendimento Tokio Marine.

Aviso de Sinistro



CORRETORES

ASSESSORIAS

Busca no site



PARA VOCÊ

PARA SUA EMPRESA

A TOKIO

PARCEIROS

AFINIDADES

 AUTOATENDIMENTO

1

TOQUE A VIDA
com muito mais
tranquilidade.



SOLICITE UMA PROPOSTA



ATENDIMENTO



SINISTRO



ÁREA DO CLIENTE

O acesso será feito dentro do Portal da Tokio Marine:

1) Clique em “*Autoatendimento*” para abrir opções



Aviso de Sinistro

The image shows a screenshot of the Tokio Marine Seguradora website. At the top, there is a navigation bar with the company logo on the left, which includes the text 'TOKIO MARINE SEGURADORA' and 'NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA'. To the right of the logo are the words 'CORRETORES' and 'ASSESSORIAS', followed by a search bar containing 'Busca no site' and a magnifying glass icon. Further right are social media icons for Facebook, Twitter, LinkedIn, and YouTube. Below this is a secondary navigation bar with the following items: 'PARA VOCÊ', 'PARA SUA EMPRESA', 'A TOKIO', 'PARCEIROS', 'AFINIDADES', and 'AUTOATENDIMENTO' with a gold icon.

The main content area features a large photograph of a man in a blue blazer and light blue shirt, smiling and looking at his smartphone. To the left of the photo, there is a dark green overlay with white text that reads 'TELEFONE, INTERNET E APLICATIVO. Sempre com você.'

On the right side of the page, there is a dark green sidebar titled 'ÁREA DO CLIENTE' with a close icon (X). Underneath, the 'Sinistro' section is expanded, showing a list of options: 'Acompanhar sinistro', 'Agendar vistoria', 'Envio de documentos de sinistro', 'Aviso Auto', 'Aviso Auto Terceiro', 'Aviso Residencial', 'Aviso Responsabilidade Civil', 'Aviso Empresarial', 'Aviso Condomínio', 'Aviso Agronegócio', and 'Aviso Vida'. The 'Aviso Vida' option is highlighted with a dashed yellow border and a red box containing the number '2'. Below this list are the links for 'Portal Autoatendimento', 'Portal Estipulante e Representante', and 'ÁREA DO CLIENTE'.

At the bottom of the page, there is a white navigation bar with four icons and labels: 'UMA PROPOSTA', 'ATENDIMENTO', 'SINISTRO', and 'ÁREA DO CLIENTE'.

2) Nas opções de Sinistro, clique em Aviso Vida para iniciar o preenchimento

Aviso de Sinistro



Sinistro



Aviso de Sinistro - Vida

Informações Iniciais 1

Registro da Ocorrência 2

Contato (pessoa que iremos manter contato)

Quem está comunicando o aviso?

Selecione

Vínculo com o Segurado

Selecione

Nome

Forma Preferida de Contato

Selecione

Receber informações via SMS?

Não Sim

Tel. Celular SMS

Tel. Comercial-Ramal

Tel. Residencial

Tel. Celular

Autoriza Tokio Marine a enviar e-mails para acompanhamento do sinistro?

Não Sim

E-mail

CEP

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

Cidade

UF

Selecione


AVANÇAR

3) Inicie o preenchimento do aviso com informações sobre o comunicante.


4) Em seguida, coloque todas as formas de contato.
Obs.: Essas informações são muito importantes para a seguradora manter contato sempre que possível para tratar do andamento do processo.


5) Preencha também, o endereço completo. Depois clique em Avançar

Aviso de Sinistro

 TOKIO MARINE SEGURADORA

Sinistro

 CENTRAL DE ATENDIMENTO
MENSAGENS, OUVIDORIA E
TELEFONES

 ATENDIMENTO ONLINE
DÚVIDAS, PERGUNTAS
FALE CONOSCO

Aviso de Sinistro - Vida

Informações Iniciais 1 Registro da Ocorrência 2

Dados do Segurado

Nome CPF Data de Nascimento

Dados da Apólice

Estipulante CNPJ

Dados da Vítima

Vínculo com o Segurado
Selecione

Nome CPF Data de Nascimento

Profissão
Selecione

Sexo
Selecione

Descrição da Ocorrência

Tipo
Selecione

Causa
Selecione

Data Hora

Descrição da Ocorrência

- 6) Preencha os dados do segurado.
- 7) Caso possua alguma informação sobre o estipulante da apólice informe a nome e o CNPJ (exemplo: “Empresa em que trabalha”)
- 8) Em seguida, informe os dados da vítima.
- 9) Informe alguns detalhes sobre a ocorrência, como o que aconteceu, qual a causa, a data, horário aproximado e descreva o que aconteceu.
- 10) Após preencher todas as informações, clique em *Finalizar*.

Aviso de Sinistro

Calculo Web Solicitação de Cotação Consultas Financeiro Sinistro Integração e Serviços Conta Corrente Relacionamento

Aviso de Sinistro: No. 599670 **11**

Contato (pessoa que iremos manter contato)
Quem está comunicando o aviso: COMITADOR

Vínculo com o Segurado: OUTROS

Nome: TESTE

Forma Preferida de Contato: E-MAIL

Receber informações via SMS?: Não

Autoriza o envio de E-mail?: Sim

Tel. Comercial:

Tel. Residencial:

Tel. Celular:

Tel. Celular SMS:

E-mail: TESTE@TESTE.COM.BR

CEP: 04273-200

Logradouro: VERGUEIRO

Número: 1

Bairro: VILA PERGAMO PAVO

Cidade: SAO PAULO

UF: SP

Dados do Segurado

Nome: TESTE

CPF: 288.748.148-73

Data de Nascimento: 01/01/2000

Profissão: ACIDO ESTRANGEIRO

Dados da Apólice

Estipulante:

CNPJ: 00.000.000/0000-00

Dados da Vítima

Vínculo com o Segurado: CÔNJUGE

Nome: TESTE

CPF: 398.933.113-17

Data de Nascimento: 01/01/1980

Profissão: AGENTE DE TELECOMUNICAÇÕES

Sexo: Masculino

Descrição da Ocorrência

Tipo: DESPESAS MEDICO HOSPITALARES - OMI

Causa: XVI PALF COM OPORTUNO E ANOMALIAS OPORTUNÍSTICAS

Data: 01/01/2012

Descrição da Ocorrência: DEPOTIHOPIOP

12

13

Imprimir Download Enviar por Email Sair

11) O aviso de sinistro foi concluído. O número de referência para a sua consulta será o **Aviso de Sinistro** e deve ser inserido em todos as cópias dos documentos solicitados.

12) Ao final de todas as etapas do formulário de sinistro, é possível visualizar um resumo das informações preenchidas no aviso.

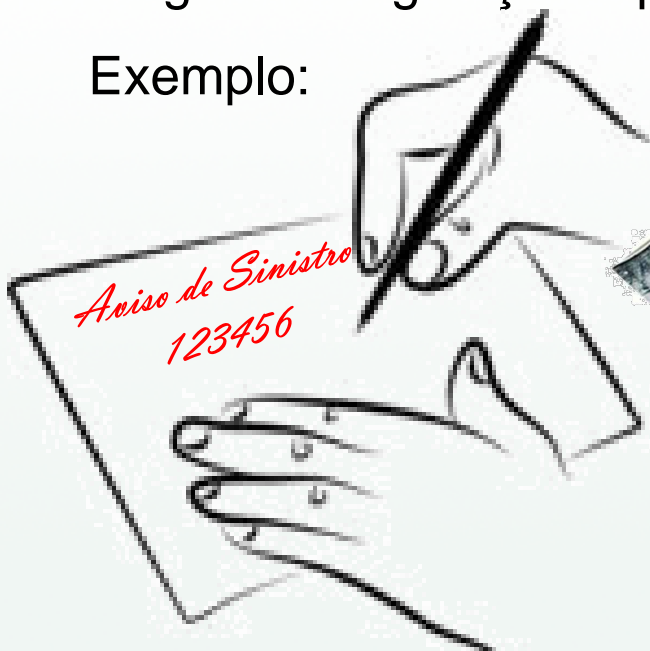
13) Também é possível **Imprimir**, **Salvar** as informações em PDF ou **Encaminhá-las por e-mail**.

Aviso de Sinistro

IMPORTANTE:

É primordial que o segurado/beneficiário ou a pessoa de contato responsável pela abertura do aviso e que irá intermediar o envio das documentações escreva em todos os documentos o número do aviso de sinistro atribuído. Esse procedimento facilita a associação do processo e agiliza a regulação e pagamento da indenização.

Exemplo:



Consulta de Sinistro

No módulo de Consulta de Sinistro, é possível visualizar de maneira clara e objetiva o status do processo de sinistro.

É possível também encaminhar mensagens ao analista responsável pelo processo. Veja a seguir.

Consulta de Sinistro

The screenshot displays the Tokio Marine Seguradora website interface. At the top, there are navigation links for 'CORRETORES', 'ASSESSORIAS', and a search bar labeled 'Busca no site'. A red arrow points to the search bar. Below the navigation, there are menu items: 'PARA VOCÊ', 'PARA SUA EMPRESA', 'A TOKIO', 'PARCEIROS', 'AFINIDADES', and 'AUTOATENDIMENTO'. The main content area features a large image of a woman using a tablet. On the right side, there is a dark sidebar titled 'ÁREA DO CLIENTE' with a close button. Under the 'Sinistro' section, the option 'Acompanhar sinistro' is highlighted with a yellow dashed border and a red badge with the number '14'. Other options in the sidebar include 'Agendar vistoria', 'Envio de documentos de sinistro', 'Aviso Auto', 'Aviso Auto Terceiro', 'Aviso Residencial', 'Aviso Responsabilidade Civil', 'Aviso Empresarial', 'Aviso Condominio', 'Aviso Agronegócio', and 'Aviso Vida'. At the bottom of the page, there are four icons representing 'UMA PROPOSTA', 'ATENDIMENTO', 'SINISTRO', and 'ÁREA DO CLIENTE'.

14) Clique em **Sinistro** e em seguida **Acompanhar Sinistro** para acessar a ferramenta.

Consulta de Sinistro

Sinistro

Consulta de Sinistros

Busca Avançada

Sinistros

Nº Aviso	Nome do Segurado	Cód. Cliente	Natureza	RAMO	Data Aviso	Data Evento
599618		6884909			28/11/2012 - 00:00	14/11/2012 - 00:00

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Mostrar 10 registros

Buscar:

Primeiro Anterior 1 Seguinte Último

<Voltar

15

15) Ao selecionar a opção de Consulta, irá aparecer todos os avisos de sinistros da corretora, onde poderá ser realizada a consulta dos sinistros de Pessoas.

Sinistro

Consulta de Sinistros

Busca Avançada

Para encontrar o processo de sinistro desejado, utilize um ou mais dados do formulário abaixo para filtro

Tipo de Aviso	<input type="radio"/> Auto <input type="radio"/> Ramos Elementares <input type="radio"/> Terceiros <input checked="" type="radio"/> Vida
Número do Aviso:	<input type="text"/>

16

16) Poderá ainda ser feita uma Busca Avançada (pesquisa com os dados do sinistro ou cliente).

Consulta de Sinistro

Consulta de Sinistros

Acompanhamento de Sinistro

RAMO: PRESTAMISTAS

SINISTRO: A 10 77 12742 - [Ver Detalhes](#)

[Complementar informações no aviso](#)

Aviso: 599618 Data: Tipo: Apólice: 770140 Endosso: 284 Vigência: 01/09/2011 - 01/08/2016

Segurado: CPF/CNPJ: Data de Nascimento: 01/01/2000 Celular:

Vítima: LUZIA DE MARIA CPF/CNPJ: 1000700 Data de Nascimento: 13/12/1952 E-mail: Celular: (45)-121231231

AVISO DO SINISTRO ANÁLISE CONCLUSÃO



29/11/2012

CONCLUÍDO

EM ANDAMENTO

PENDENTE

17

Histórico Sinistro

Data

Evento

29/11/2012 15:23:37

Preenchimento do Aviso nº 599618 concluído com sucesso em 29/11/2012 15:11.

18

Se desejar, [clique aqui](#) e deixe seu comentário/observação ao analista do processo de sinistro

19

17) O sistema permitirá a visualização do histórico do sinistro através das seguintes sinalizações:

- Indica que a etapa já foi concluída.
- Indica que a etapa está em andamento.
- Etapa a iniciar.

18) Pelo bloco **Histórico Sinistro**, visualizamos as informações resumidas de cada etapa.

19) Ao selecionar a opção em vermelho (que está no rodapé da página), o corretor poderá se comunicar com o analista de sinistro.

Consulta de Sinistro

↑ [Calculo Web](#) [Solicitação de Cotação](#) [Consultas](#) [Financeiro](#) [Sinistro](#) [Integração e Serviços](#) [Conta Corrente](#) [Relacionamento](#)

Consulta de Sinistros

Fale com o Analista

Preenchimento Obrigatório (*)

*e-mail: **20**

*Assunto: **21**

*Texto: **22**
Caracteres: 1300

[« Voltar](#)

20) Preencha o e-mail de contato.

21) Selecione o assunto relacionado a sua solicitação.

22) Digite sua dúvida, informação ou solicitação desejada.

Ao finalizar clique no botão:



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

www.tokiomarine.com.br

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

RENDA HOSPITALAR

Documentos Necessários

Junto com o Formulário de Aviso de Sinistro - Vida totalmente preenchido e assinado pelo beneficiário ou reclamante, e o Relatório Médico preenchido e assinado com firma reconhecida pelo médico assistente, **encaminhe a documentação relacionada a seguir:**

Documentação para regulação de Sinistros

Para todas as Coberturas:

- a) Aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

Para a Cobertura de Morte -Básica:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito, se houver.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c) Laudo de Exame Cadáverico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

Para a Cobertura Adicional de Renda por Internação Hospitalar:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Seguro;
- c) Prontuário Médico completo;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

III) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudos do Exame de Corpo Delito (IML).

AVISO DE SINISTROS (DADOS DO EVENTO/BENEFICIÁRIOS)
“Código Interno 010”
1. Dados da Cobertura
1.1 Tipo de Sinistro
 Morte Natural Morte Acidental Invalidez por Acidente Invalidez por Doença DMH / DIH / DIT

Além deste formulário, deve ser preenchido também o Relatório Médico de acordo com a cobertura reclamada. Exceto Morte Acidental

2. Dados Cadastrais do Segurado (Preenchimento Obrigatório)

2.1 Nome do Segurado (Principal)			2.2 CPF	2.3 Data de Nascimento / /	
2.4 Endereço Residencial			2.5 N°	2.6 Complemento	
2.7 Bairro	2.8 CEP	2.9 Cidade		2.10 UF	2.11 DDD
2.12 Telefone					

3. Dados da Empresa – Local de Trabalho do Segurado (Preenchimento Obrigatório pela Empresa)

3.1 Nome da Empresa				3.2 CNPJ / CGC	
3.3 Endereço Completo para Correspondência				3.4 DDD	3.5 Fone p/Contato
3.6 Nome do Funcionário		3.7 CPF	3.8 Data de Nascimento / /		3.9 Estado Civil
3.10 Data de Admissão / /	3.11 Último Dia de Trabalho / /	3.12 Data Demissão / /	3.13 Profissão		3.14 Salário R\$
3.15 Situação do Segurado Data Sinistro <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros		3.16 Aposentadoria 3.16.1 Data do Requerimento / /		3.16.2 Data da Concessão / /	3.16.3 Data 1º Exame Médico / /

4. Dados do Sinistrado (Preenchimento Obrigatório)

4.1 Nome (quando não for o Segurado principal)				4.2 CPF	
4.3 Grau de Parentesco com o Segurado	4.4 Data de Nascimento / /	4.5 Estado Civil	4.6 Profissão		
4.7 Data do Evento / /	4.8 Hora do Evento hs	4.9 Local do Evento		4.10 Em Serviço <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
4.11 Descreva detalhadamente o evento ocorrido, suas causas e conseqüências					

5. Dados do Beneficiário (preenchimento obrigatório – Havendo Outros, preencher no verso)
Autorizo a Tokio Marine Seguradora a creditar na(s) conta(s) corrente(s) discriminada(s), desde que a cobertura tenha sido contratada e o evento caracterizado.

5.1.1 Nome			5.1.2 CPF	5.1.3 RG		
5.1.4 Grau Parentesco c/o Segurado	5.1.5 DDD	5.1.6 Telefone	5.1.7 DDD	5.1.8 Telefone p/ Recados	5.1.9 E-mail	
5.1.10 Endereço Residencial				5.1.11 N°	5.1.12 Complemento	
5.1.13 Bairro		5.1.14 Cidade			5.1.15 UF	5.1.16 - CEP
5.1.17 Nome Banco	5.1.18 N° Banco	5.1.19 Nome Agência	5.1.20 N° Agência	5.1.21 Dígito	5.1.22 N° C. Corrente	5.1.23 Dígito

5.2.1 Nome				5.2.2 CPF		5.2.3 RG	
5.2.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.2.5 DDD	5.2.6 Telefone	5.2.7 DDD	5.2.8 Telefone p/ Recados		5.2.9 E-mail
5.2.10 Endereço Residencial					5.2.11 N°	5.2.12 Complemento	
5.2.13 Bairro			5.2.14 Cidade			5.2.15 UF	5.2.16 CEP
5.2.17 Nome Banco	5.2.18 N° Banco	5.2.19 Nome Agência	5.2.20 N° Agência	5.2.21 Dígito	5.2.22 N° C. Corrente	5.2.23 Dígito	
5.3.1 Nome				5.3.2 CPF		5.3.3 RG	
5.3.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.3.5 DDD	5.3.6 Telefone	5.3.7 DDD	5.3.8 Telefone p/ Recados		5.3.9 E-mail
5.3.10 Endereço Residencial					5.3.11 N°	5.3.12 Complemento	
5.3.13 Bairro			5.3.14 Cidade			5.3.15 UF	5.3.16 CEP
5.3.17 Nome Banco	5.3.18 N° Banco	5.3.19 Nome Agência	5.3.20 N° Agência	5.3.21 Dígito	5.3.22 N° C. Corrente	5.3.23 Dígito	
5.4.1 Nome				5.4.2 CPF		5.4.3 RG	
5.4.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.4.5 DDD	5.4.6 Telefone	5.4.7 DDD	5.4.8 Telefone p/ Recados		5.4.9 E-mail
5.4.10 Endereço Residencial					5.4.11 N°	5.4.12 Complemento	
5.4.13 Bairro			5.4.14 Cidade			5.4.15 UF	5.4.16 CEP
5.4.17 Nome Banco	5.4.18 N° Banco	5.4.19 Nome Agência	5.4.20 N° Agência	5.4.21 Dígito	5.4.22 N° C. Corrente	5.4.23 Dígito	

Estou ciente que:

- as informações prestadas acima são de minha total responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura do evento, a qual fica sujeita às condições que regem o contrato de seguro.
- havendo outros beneficiários, o crédito autorizado corresponderá somente à minha participação no recebimento.
- a Tokio Marine Seguradora não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou erro em dados informados pelo emitente.

Observações:

A conta corrente informada acima deve obrigatoriamente pertencer ao beneficiário do crédito.
 Afirmando serem verdadeiras todas as informações contidas neste formulário e estou ciente do teor das condições gerais do seguro.

Local	Data ____/____/____	Assinatura do Reclamante	Assinatura do Segurado Beneficiário
-------	------------------------	--------------------------	-------------------------------------

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

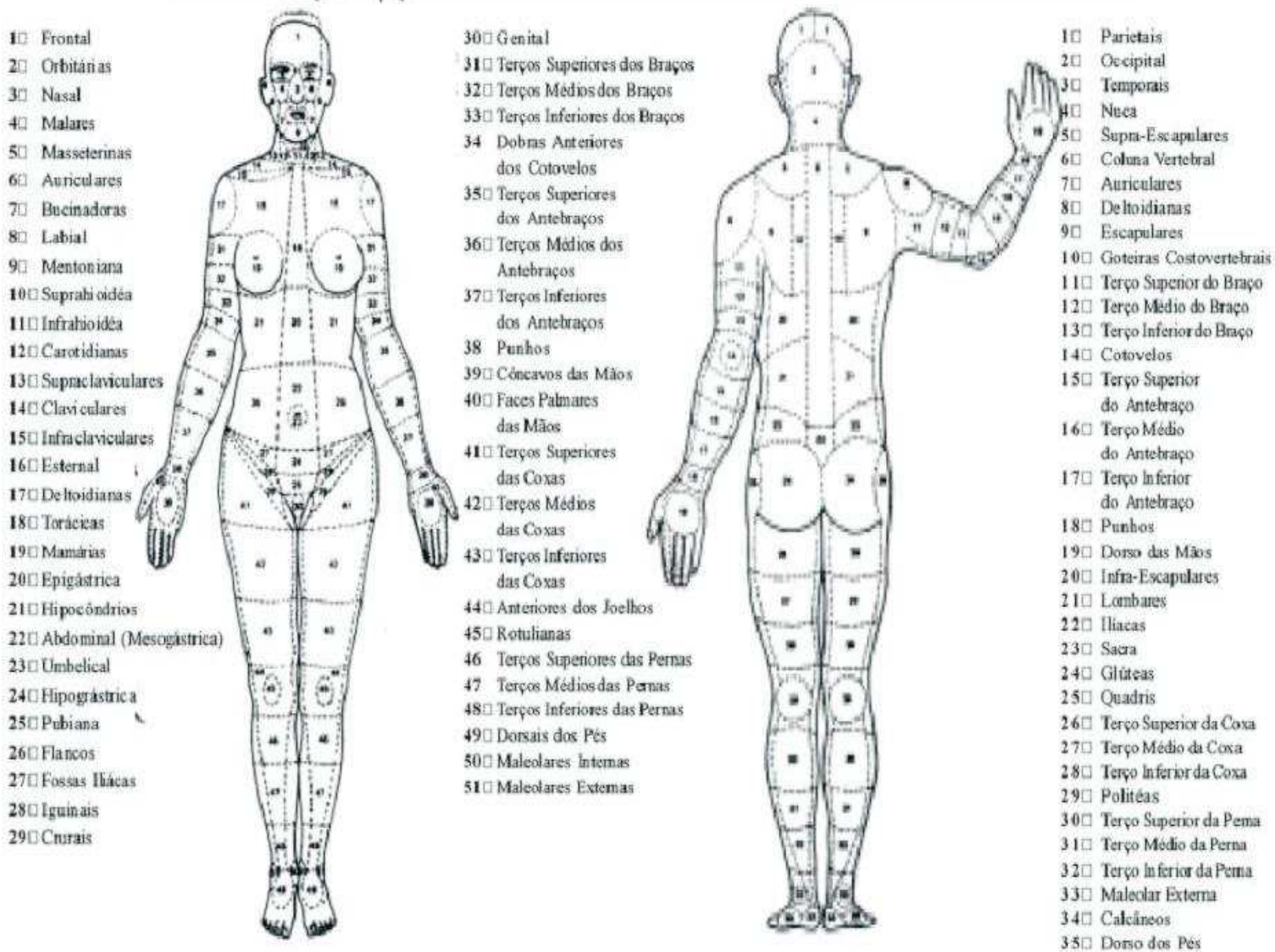
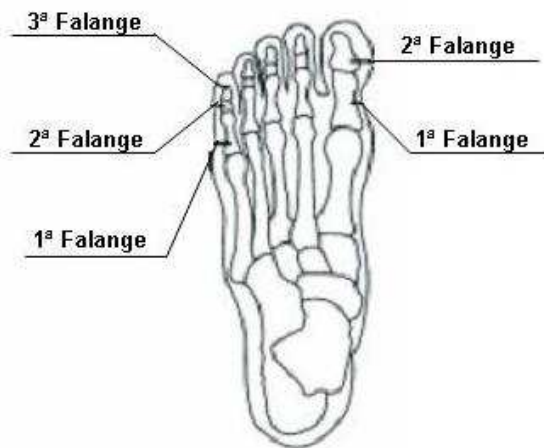
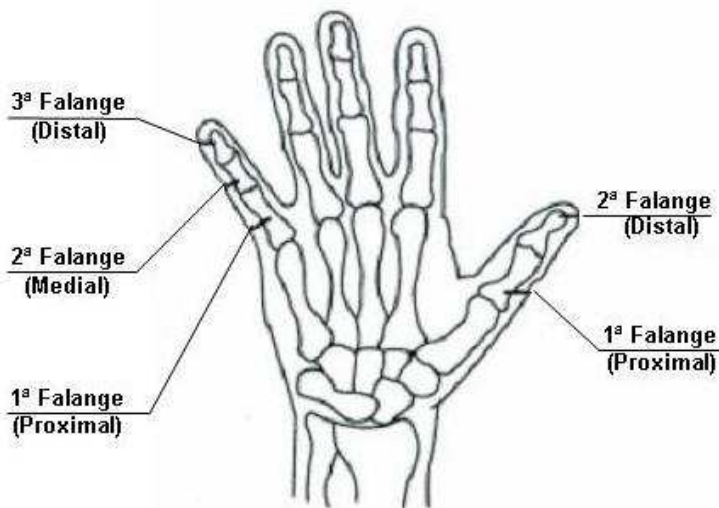
Eu, _____, portador de CI/RG nº _____, Órgão Expedidor/UF _____ e inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliado na (Rua/Av.) _____, nº _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____ UF _____, na qualidade de _____ do segurado, Sr.(a) _____ (contrato nº _____), autorizo, nos termos da Resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina, à Tokio Marine Seguradora, ou seu representante devidamente autorizado, a solicitar cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnóstico e atendimentos, junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico-previdenciária (INSS), referentes a _____, (data de nascimento _____). AUTORIZO, ainda, que referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado da Tokio Marine Seguradora, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto à Seguradora.

Para que produza seus efeitos assino a presente autorização nesta data.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____ Nome: _____

Obs.: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório "obrigatoriamente"



2. Identificação Médica

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.
 A assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

2.1 Nome legível do Médico		2.2 Nº do CRM		2.12 Reconhecer Firma
2.3 Complemento		2.4 DDD	2.5 Telefone	
2.6 Bairro	2.7 Cidade	2.8 CEP	2.9 UF	
2.10 Assinatura e Carimbo			2.11 Data	
			____/____/____	

RELATÓRIO MÉDICO – EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇA/ENFERMIDADES (para ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado, de forma legível)

“Código Interno 010”

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOENÇAS GRAVES ENFERMIDADES GRAVES

1. Identificação

1.1 Nome Completo do Segurado	1.2 Idade	1.3 Peso	1.4 Altura	1.5 Pressão Arterial
-------------------------------	-----------	----------	------------	----------------------

1.6 Diagnóstico detalhado da Doença e Código do CID

1.7 Quando e de que forma foi diagnosticada a doença do Segurado?

1.8 Descreva os tratamentos a que o paciente foi submetido e exames realizados, mencionando datas:

1.9 O Segurado tinha conhecimento da doença? SIM NÃO

1.10 Desde quando? ___/___/___

1.11 Há quanto tempo trata do Segurado?

1.11.1 Data da 1ª consulta ___/___/___ | 1.11.2 Data da Última Consulta ___/___/___ | 1.11.3 Data do Início da Doença ___/___/___

1.12 Há invalidez? SIM NÃO | 1.13 A invalidez é considerada:

PARCIAL E PERMANENTE PARCIAL E TEMPORÁRIA TOTAL E TEMPORÁRIA TOTAL E PERMANENTE

1.14 Procedimentos realizados

Clínico Cirúrgico

1.15 Houve afastamento do serviço anteriormente por enfermidade? NÃO SIM – Indique data(s) e motivo(s):

1.16 Houve Intervenção hospitalar? NÃO SIM

1.16.1 Nome do Hospital

1.16.2 Período
De ___/___/___ a ___/___/___

1.17 Situação Segurado Data Sinistro	1.18 Aposentadoria	1.18.2 Data Concessão	1.18.3 Data 1º Exame Médico
<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Afastado	1.18.1 Data Requerimento	___/___/___	___/___/___
Aposentado <input type="checkbox"/> Por Invalidez <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço	___/___/___		

1.19 O paciente encontra-se com o quadro clínico estabilizado? NÃO SIM

1.19.1 O quadro pode se agravar? NÃO SIM

1.20 Especifique o prognóstico:

1.21 Pode-se esperar recuperação ou reabilitação com os recursos disponíveis no momento? NÃO SIM – Quais?

1.22 O Segurado encontra-se com alta médica definitiva?

SIM, desde ___/___/___ NÃO – Qual o tempo previsto para a sua alta?

2. Identificação Médica

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.
A assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

2.1 Nome legível do Médico	2.2 Nº do CRM	2.12 Reconhecer Firma
2.3 Complemento	2.4 DDD 2.5 Telefone	
2.6 Bairro	2.7 Cidade 2.8 CEP 2.9 UF	
2.10 Assinatura e Carimbo	2.11 Data ___/___/___	

RELATÓRIO MÉDICO – MORTE NATURAL
(para ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado, de forma legível)

“Código Interno 010”

1. Identificação

1.1 Nome Completo do Falecido	1.2 Idade	1.3 Peso	1.4 Altura	1.5 Pressão Arterial
-------------------------------	-----------	----------	------------	----------------------

1.6 Causa da Morte pela Ordem	1.6.2 2ª Secundária
1.6.1 1ª Primária	

1.7 Data do Falecimento	1.8 Hora do Falecimento	1.9 Local do Falecimento
-------------------------	-------------------------	--------------------------

1.10 Diagnóstico detalhado da Doença e Código do CID

1.11 Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o Segurado?

1.12 Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? Mencionar datas

1.13 O Segurado tinha conhecimento da doença que o levou a óbito? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1.14 Desde quando? ____/____/____
--	--------------------------------------

1.15 Há quanto tempo trata do Segurado?

1.15.1 Data da 1ª consulta	1.15.2 Data da Última Consulta	1.15.3 Data do Início da Doença
----------------------------	--------------------------------	---------------------------------

1.16 Qual a duração da doença segundo seu conhecimento pessoal?	1.17 Qual a duração da doença segundo informações obtidas?
---	--

1.18 Houve Intervenção hospitalar? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	1.18.2 Período
1.18.1 Nome do Hospital	De ____/____/____ a ____/____/____

1.19 O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos? NÃO SIM

1.19.1 Nome	1.19.2 Endereço	1.19.3 DDD	1.19.4 Telefone
1.			
2.			
3.			

1.20 Encontrou no paciente qualquer deficiência física ou doença preexistente? Especifique

1.21 O Segurado se encontrava sob tratamento clínico? Especifique:

1.22 O Segurado estava em gozo de benefício de Auxílio-Doença pelo INSS? Especifique:

1.23 Outras informações complementares:

2. Identificação Médica

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.
A Assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

2.1 Nome legível do Médico	2.2 Nº do CRM	2.12 Reconhecer Firma
2.3 Complemento	2.4 DDD 2.5 Telefone	
2.6 Bairro	2.7 Cidade 2.8 CEP 2.9 UF	
2.10 Assinatura e Carimbo	2.11 Data ____/____/____	

**CORREIOS****INSTRUMENTO DE HABILITAÇÃO DE POSTAGEM****DESTINATÁRIO**

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL. 1: (____) _____ TEL. 2: (____) _____

REMETENTE

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL. 1: (____) _____ TEL. 2: (____) _____

CNPJ:

CONTRATO / DR:

CÓDIGO ADMINISTRATIVO:

CARTÃO DE POSTAGEM:

1ª PARTE AFIXAR NA ENCOMENDA

COMPROVANTE - INSTRUMENTO DE HABILITAÇÃO DE POSTAGEM

SERVIÇO REVERSO

CÓDIGO DO SERVIÇO REVERSO

Carimbo

Nº DO REGISTRO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BR

CNPJ:

CONTRATO / DR:

CÓDIGO ADMINISTRATIVO:

CARTÃO DE POSTAGEM:

Agência de Postagem

INSTRUÇÕES À AGÊNCIA DE POSTAGEM

- O portador deste documento está habilitado a realizar uma única postagem para o endereço indicado acima.
- Está autorizado a adquirir Produtos e Serviços Opcionais: **SIM** **NÃO**
 Se **SIM**, assinalar quais:
 Aviso de Recebimento - AR Valor Declarado - VD Mão Própria MP
 Embalagem - Tipo: _____
- Este documento é válido para postagem em Agência Própria até: _____
- No ato da postagem a Agência recolherá a 2ª parte deste documento e manterá em arquivo juntamente com a primeira via do CP/LP.