



**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



in

yt

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 smiling man in a blue blazer looking at his smartphone. On the left side of this image, there is a dark green overlay with white text that reads: 'TELEFONE, INTERNET E APLICATIVO. Sempre com você.'

At the bottom of the main content area, there is a horizontal navigation bar with four items: 'UMA PROPOSTA' with a gold icon, 'ATENDIMENTO' with a gold headset icon, 'SINISTRO' with a gold hammer icon, and 'ÁREA DO CLIENTE' with a gold person icon.

On the right side of the page, there is a dark green sidebar titled 'ÁREA DO CLIENTE' with a close icon (X). Underneath the title is the word 'Sinistro'. Below this, there is a list of menu items, each with a small icon: 'Acompanhar sinistro' (magnifying glass), 'Agendar vistoria' (calendar), 'Envio de documentos de sinistro' (document), 'Aviso Auto' (car), 'Aviso Auto Terceiro' (car), 'Aviso Residencial' (house), 'Aviso Responsabilidade Civil' (gavel), 'Aviso Empresarial' (document), 'Aviso Condomínio' (apartment building), and 'Aviso Agronegócio' (tractor). The 'Aviso Vida' item, which has a heart icon, is highlighted with a dashed yellow border and a red square containing the number '2' to its right.

Below the 'Aviso Vida' item are two more menu items: 'Portal Autoatendimento' and 'Portal Estipulante e Representante'.

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

7

8

9

10

- 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 Coberto 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: CONTRATADOR

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 - DMH

Causa: XVI PALF COMO DEFORMID E ANOMALIAS ORTOSSÓNDICAS

Data: 01/01/2012

Descrição da Ocorrência: DEFORMIDHOSOF

**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.

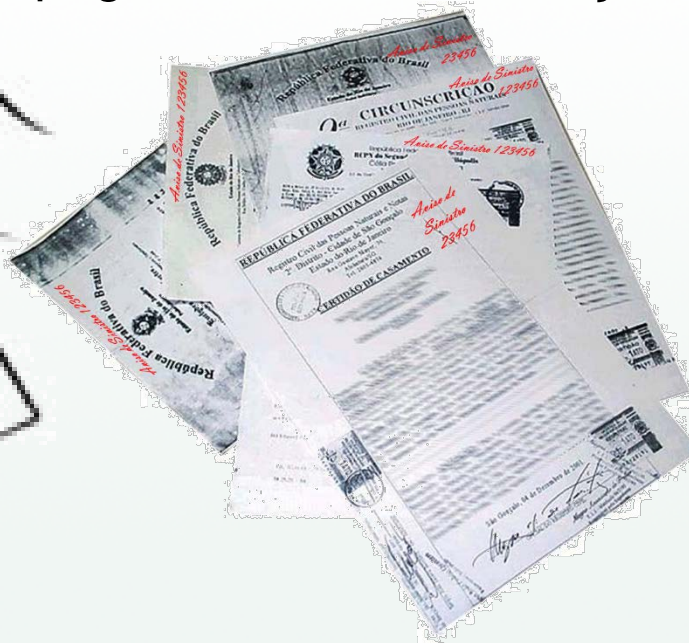
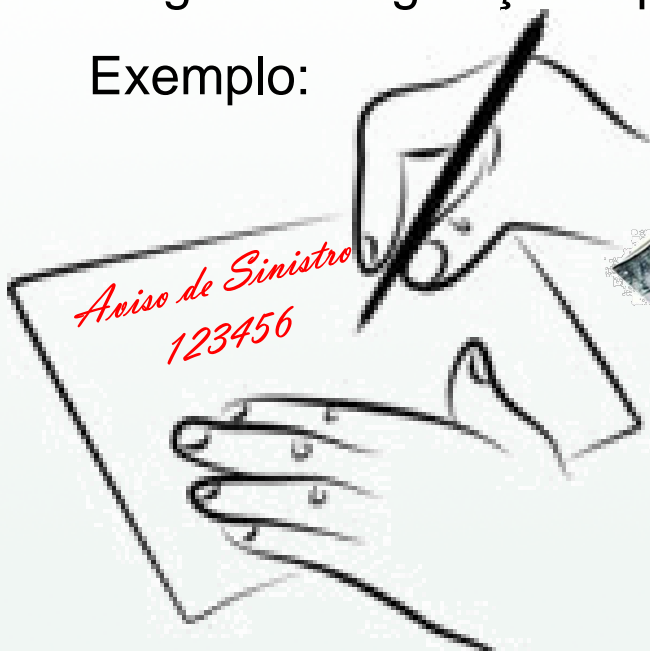
13) Também é possível **Imprimir**, **Salvar** as informações em PDF ou **Encaminhá-las por e-mail**.

# 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 website's navigation menu with the following items: CORRETORES, ASSESSORIAS, Busca no site (with a search icon), in, and a YouTube icon. Below this, a navigation bar includes: PARA VOCÊ, PARA SUA EMPRESA, A TOKIO, PARCEIROS, AFINIDADES, and AUTOATENDIMENTO. A red arrow points to the search bar. The main content area features a large image of a woman with glasses using a tablet, with a dark overlay on the left containing the text: 'TELEFONE, INTERNET E APLICATIVO. Trabalhe com você.' At the bottom, a navigation bar shows: UMA PROPOSTA, ATENDIMENTO, SINISTRO, and ÁREA DO CLIENTE. On the right, a dark sidebar titled 'ÁREA DO CLIENTE' contains a 'Sinistro' section with a red notification badge showing '14'. The 'Acompanhar sinistro' option is highlighted with a yellow dashed box. 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. Below the sidebar, there are sections for 'Portal Autoatendimento' and 'Portal Estipulante e Representante'.

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



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](http://www.tokiomarine.com.br)

# RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

## VIDA PREMIADO

### **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:**

### **Para as Coberturas de Morte Acidental:**

#### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- d) 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) 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) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

**Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.**

### **Para as Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente:**

#### **I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- 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 realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial 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 Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

## 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 Nº		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 Nº	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 Nº Banco	5.1.19 Nome Agência		5.1.20 Nº Agência	5.1.21 Dígito	5.1.22 Nº 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 Nº	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 Nº Banco	5.2.19 Nome Agência	5.2.20 Nº Agência	5.2.21 Dígito	5.2.22 Nº 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 Nº	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 Nº Banco	5.3.19 Nome Agência	5.3.20 Nº Agência	5.3.21 Dígito	5.3.22 Nº 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 Nº	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 Nº Banco	5.4.19 Nome Agência	5.4.20 Nº Agência	5.4.21 Dígito	5.4.22 Nº 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"**

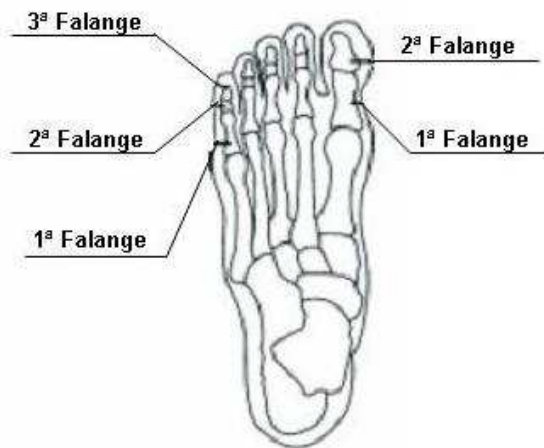
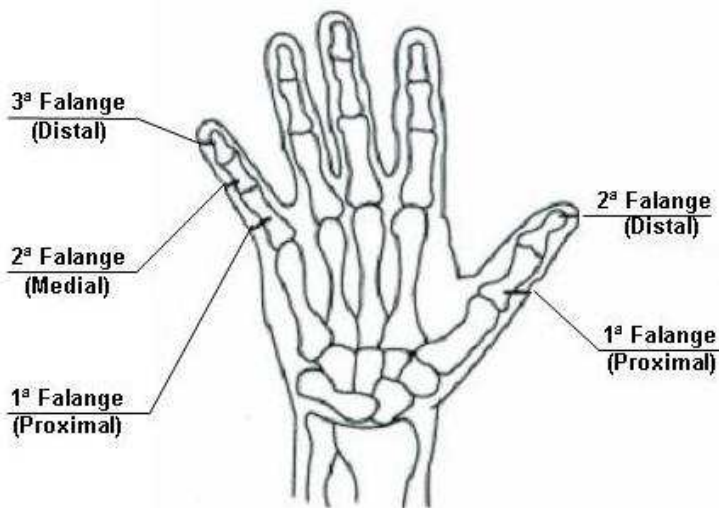
**RELATÓRIO MÉDICO – EVENTOS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS**  
(para ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado, de forma legível)

“Código Interno 010”

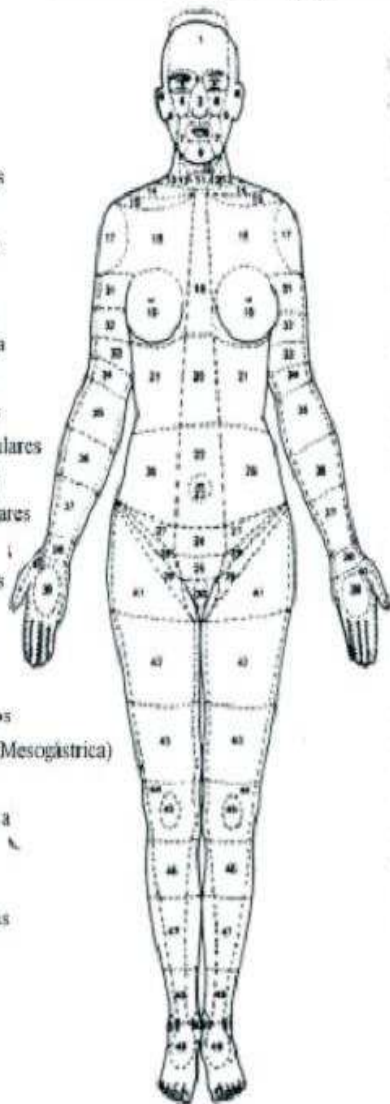
INVALIDEZ PERMANENTE  DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA  DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

**1. Identificação**

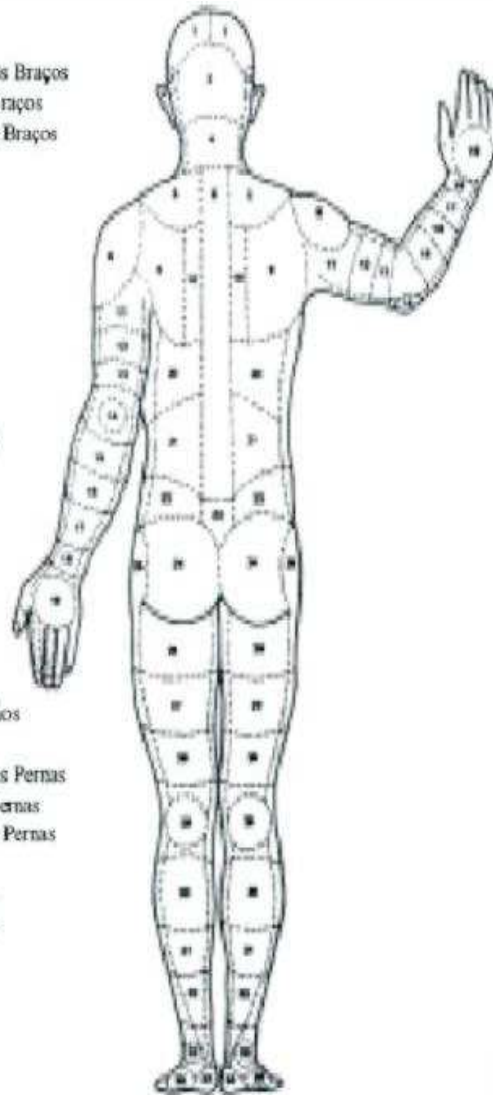
<b>1.1 Nome Completo do Segurado</b>	<b>1.2 Idade</b>	<b>1.3 Peso</b>	<b>1.4 Altura</b>	<b>1.5 Pressão Arterial</b>
<b>1.6 Data do Acidente</b> _/_/	<b>1.7 Hora do Acidente</b>		<b>1.8 Data do 1º Atendimento Médico</b> _/_/	
<b>1.9 Conhecia ou tratava do Segurado anteriormente a este acidente?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Especifique:				
<b>1.10 Descreva as lesões constatadas, que tenham relação com o acidente que o Segurado sofreu, informando-nos o seu Histórico e Diagnóstico inicial:</b>				
<b>1.11 As lesões constatadas são de ordem traumática? Esclarecer:</b>				
<b>1.12 Descreva os tratamentos a que o paciente foi submetido, código do procedimento - Tabela A.M.B. e exames realizados:</b>				
<b>1.13 Houve Intervenção hospitalar?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			<b>1.13.2 Período</b>	
<b>1.13.1 Nome do Hospital</b>			De _/_/_ a _/_/_	
<b>1.14 O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
<b>1.14.1 Nome</b> 1.	<b>1.14.2 Endereço</b>	<b>1.14.3 DDD</b>	<b>1.14.4 Telefone</b>	
2.				
<b>1.15 As lesões são exclusivamente de causa acidental?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Existe outra causa? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Especifique:				
<b>1.16 Por quanto tempo o Segurado ficou completamente impossibilitado de exercer as suas ocupações habituais em função deste acidente?</b> De _/_/_ Até _/_/_				
<b>1.17 Pode-se esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – Quais?				
<b>1.18 Data da Alta Médica</b> _/_/_	<b>1.18.1 Caso negativo, qual o tempo previsto para a sua alta?</b>			
<b>1.19 Houve Perda ou Impotência funcional (total ou parcial) de algum membro ou órgão em decorrência do acidente?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
<b>1.20 Descreva o grau de redução funcional, mencionando cada membro e/ou órgão isoladamente com os graus de redução funcional de 0% a 100%, ângulos de bloqueio articular, se for o caso. Especificar níveis tipográficos da amputação:</b>				



- 1□ Frontal
- 2□ Orbitárias
- 3□ Nasal
- 4□ Malares
- 5□ Masseterinas
- 6□ Auriculares
- 7□ Bucinadoras
- 8□ Labial
- 9□ Mentoniana
- 10□ Suprahioidéa
- 11□ Infrahioidéa
- 12□ Carotidianas
- 13□ Supraclaviculares
- 14□ Claviculares
- 15□ Infraclaviculares
- 16□ Esternal
- 17□ Deltoidianas
- 18□ Torácicas
- 19□ Mamárias
- 20□ Epigástrica
- 21□ Hipocôndrios
- 22□ Abdominal (Mesogástrica)
- 23□ Umbelical
- 24□ Hipogástrica
- 25□ Pubiana
- 26□ Flancos
- 27□ Fossas Ilíacas
- 28□ Iguinais
- 29□ Cnrais



- 30□ Genital
- 31□ Terços Superiores dos Braços
- 32□ Terços Médios dos Braços
- 33□ Terços Inferiores dos Braços
- 34 Dobras Anteriores dos Cotovelos
- 35□ Terços Superiores dos Antebraços
- 36□ Terços Médios dos Antebraços
- 37□ Terços Inferiores dos Antebraços
- 38 Punhos
- 39□ Côncavos das Mãos
- 40□ Faces Palmares das Mãos
- 41□ Terços Superiores das Coxas
- 42□ Terços Médios das Coxas
- 43□ Terços Inferiores das Coxas
- 44□ Anteriores dos Joelhos
- 45□ Rotulianas
- 46 Terços Superiores das Pernas
- 47 Terços Médios das Pernas
- 48□ Terços Inferiores das Pernas
- 49□ Dorsais dos Pés
- 50□ Maleolares Internas
- 51□ Maleolares Externas



- 1□ Parietais
- 2□ Occipital
- 3□ Temporais
- 4□ Nuca
- 5□ Supra-Escapulares
- 6□ Coluna Vertebral
- 7□ Auriculares
- 8□ Deltoidianas
- 9□ Escapulares
- 10□ Goteiras Costovertebrais
- 11□ Terço Superior do Braço
- 12□ Terço Médio do Braço
- 13□ Terço Inferior do Braço
- 14□ Cotovelos
- 15□ Terço Superior do Antebraço
- 16□ Terço Médio do Antebraço
- 17□ Terço Inferior do Antebraço
- 18□ Punhos
- 19□ Dorso das Mãos
- 20□ Infra-Escapulares
- 21□ Lombares
- 22□ Ilíacas
- 23□ Sacra
- 24□ Glúteas
- 25□ Quadris
- 26□ Terço Superior da Coxa
- 27□ Terço Médio da Coxa
- 28□ Terço Inferior da Coxa
- 29□ Politéas
- 30□ Terço Superior da Perna
- 31□ Terço Médio da Perna
- 32□ Terço Inferior da Perna
- 33□ Maleolar Externa
- 34□ Calcâneos
- 35□ Dorso dos Pés

**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		<b>2.12 Reconhecer Firma</b>
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.