



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

Portal de Sinistros

Abertura de Aviso de Sinistro

Aviso de Sinistro



PARA VOCE PARA A SUA EMPRESA PARCEIROS AFINIDADES CANAIS DIGITAIS



SEGUROS DE AFINIDADES

Home > Seguros de Afinidades



O acesso será feito dentro do Portal da Tokio Marine (www.tokiomarine.com.br):

1) Clique em “Area do Cliente” para abrir opções



Aviso de Sinistro



Área do Cliente

Aqui você agiliza o seu atendimento para fazer alterações cadastrais e mudar as formas de pagamento. Pode extrair 2ª Via de Boletos, resolver a batida do seu carro e muito mais. No menu do lado conta também com os nossos Canais de Atendimento Digitais.

É O PRIMEIRO ACESSO? [CLIQUE AQUI](#)

Já tem acesso? Se sim, preencha abaixo.

CPF / CNPJ

Senha

Esqueceu sua senha?

ENTRAR



Continuar com o Facebook

SOS Colisão
Bateu seu veículo? Resolva agora com nossa especialista em poucos minutos.

Resolva Aqui

Resolva tudo em um clique tenha mais facilidade para acessar nossos serviços, clique abaixo:

- Registrar Sinistro
- Acompanhar Sinistros
- Enviar Docs. Sinistros
- 2ª Via Pagamentos
- Assistência Vidros
- Assistência Auto

OLÁ, QUAL SERIA O TIPO DE SINISTRO QUE DESEJA REGISTRAR?
Selecione uma opção abaixo:

- ALUGUEL
- VIDA
- ACIDENTES PESSOAIS ESTAGIÁRIO E INDIVIDUAIS

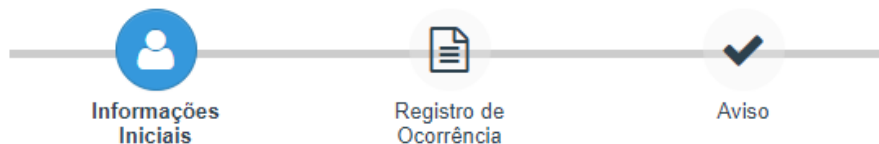
Conheça nossos canais sociais: [f](#) [v](#) [in](#)

Resolva tudo também pelo aplicativo: [App Store](#) [Google Play](#)

2) Clique em Registrar Sinistro e depois selecione vida para iniciar o preenchimento do formulário

Aviso de Sinistro

Aviso - Vida



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

Aviso - Vida

Informações Iniciais Registro de Ocorrência Aviso

6 Nome, CPF, Data de Nascimento

7 Dados da Apólice: Estipulante, CNPJ

8 Dados da Vítima: Vínculo com o Segurado, Nome, CPF, Data de Nascimento, Profissão, Sexo

9 Descrição da Ocorrência: Tipo, Causa, Data, Hora, Descrição da Ocorrência

10 < VOLTAR > FINALIZAR

- 5) Preencha os dados do segurado.
- 6) **6**
- 7) Caso possua alguma informação sobre o estipulante da apólice informe a nome e o CNPJ (exemplo: "Leader")
- 8) **8**
- 8) Em seguida, informe os dados da vítima.
- 9) **9**
- 9) Informe alguns detalhes sobre a ocorrência, como o que aconteceu, qual a causa, a data, horário aproximado e descreva o que aconteceu.
- 10) **10**
- 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**

12

13

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 FLORESTA
Cidade: SÃO 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:
CPF: 00.000.000.0000-00

Dados da Vítima
Vínculo com o Segurado: CÓNJUGE
Nome: TESTE
CPF: 288.800.100-07
Data de Nascimento: 01/01/1980
Profissão: AGENTE DE TELECOMUNICAÇÕES
Sexo: Masculino

Descrição da Ocorrência
Tipo: DESPESAS MEDICO HOSPITALARES - DMH
Causa: XVI PLAF COMS DEPRIMO E ANOMALIAS ORTOSSÓNDICAS
Data: 01/01/2012
Descrição da Ocorrência: DEPRIMO+DMH

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



TOKIO MARINE
SEGURADORA

Área do Cliente

Aqui você agiliza o seu atendimento para fazer alterações cadastrais e mudar as formas de pagamento. Pode extrair 2ª Via de Boletos, resolver a batida do seu carro e muito mais. No menu do lado conta também com os nossos Canais de Atendimento Digitais.

É O PRIMEIRO ACESSO? [CLIQUE AQUI](#)

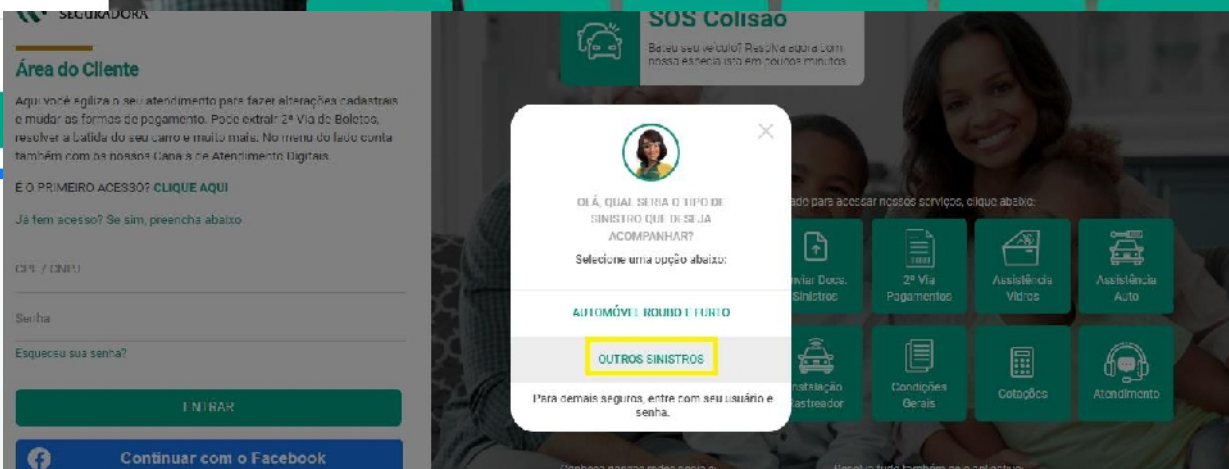
Já tem acesso? Se sim, preencha abaixo.

CPF / CNPJ

Senha

[Esqueceu sua senha?](#)

ENTRAR



14) Clique em **Acompanhar Sinistro** e depois em **Outros Sinistros** para acessar a ferramenta.

Consulta de Sinistro

Consulta de Sinistros

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

Dados do sinistro

Tipo de Aviso:

Auto Segurado

Auto Terceiros

Residencial, Condomínio, Empresarial, Equipamentos, Demais Produtos

Vida

CPF:

ou CNPJ:

Número do Aviso - Segurado

Contrato/Sub-Contrato/Certificado:

[Voltar](#)

[Buscar](#)

[Busca Avançada](#)

15) Selecione a opção “Vida”

16) Depois preencher os dados obrigatórios e clicar em “Busca Avançada”

Consulta de Sinistro

Marca:	Modelo:	Ano Modelo:	Ano Fabricação:	Chassi:	Placa:
HONDA	FIT EX 1.5 FLEX 16V 5P AUT.	2014		93HGE8890EZ106310	FJD-5965
1 AVISO DO SINISTRO concluído 18/12/2021	2 AGENDAMENTO DE VISTORIA concluído 18/12/2021	3 REALIZAÇÃO DE VISTORIA concluído 21/12/2021	4 ANÁLISE DE REPAROS concluído 11/01/2022	5 PROCESSO FINALIZADO em andamento	

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

Histórico Sinistro

Data	Histórico
18/01/2022 - 15:42	PAGAMENTO Nro 11181935 APROVADO NO VALOR DE R\$ 4430.69 COM CRÉDITO PROGRAMADO PARA 19/01/2022 - BENEFICIÁRIO: DAITAN COMERCIO DE VEICULOS LTDA. DADOS BANCÁRIOS: Banco ITAU - Agência 251 - 0 - Conta 15966 - 1
18/01/2022 - 11:52	SGD - Vistoria 24903600102 com Faturamento Solicitado para Fornecedor de Peças e NF 471491 em 18/01/2022
17/01/2022 - 18:13	PAGAMENTO Nro 11179400 APROVADO NO VALOR DE R\$ 7971.21 COM CRÉDITO PROGRAMADO PARA 18/01/2022 - BENEFICIÁRIO: DAITAN COMERCIO DE VEICULOS LTDA. DADOS BANCÁRIOS: Banco ITAU - Agência 251 - 0 - Conta 15966 - 1
17/01/2022 - 14:39	SGD - Vistoria 24903600102 com Faturamento Solicitado para Fornecedor de Peças e NF 470497 em 17/01/2022
11/01/2022 - 13:08	PAGAMENTO Nro 11162569 APROVADO NO VALOR DE R\$ 1882.52 COM CRÉDITO PROGRAMADO PARA 12/01/2022 - BENEFICIÁRIO: U.A NAGOYA COM.VEIC.LTDA. DADOS BANCÁRIOS: Banco ITAU - Agência 3008 - 0 - Conta 3043 - 4

Oi, eu sou a Marina!
Posso te ajudar?



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 imagem da Menina de Óculos (Marina) o corretor poderá tirar as dúvidas ou clicar no link “clique aqui” na parte selecionada em amarelo e falar com Analista

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).

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.
Afirmo 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

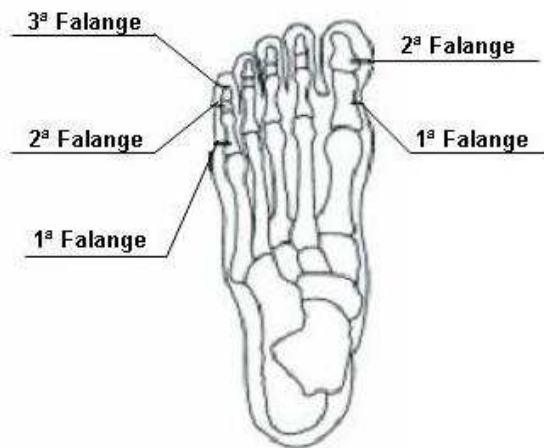
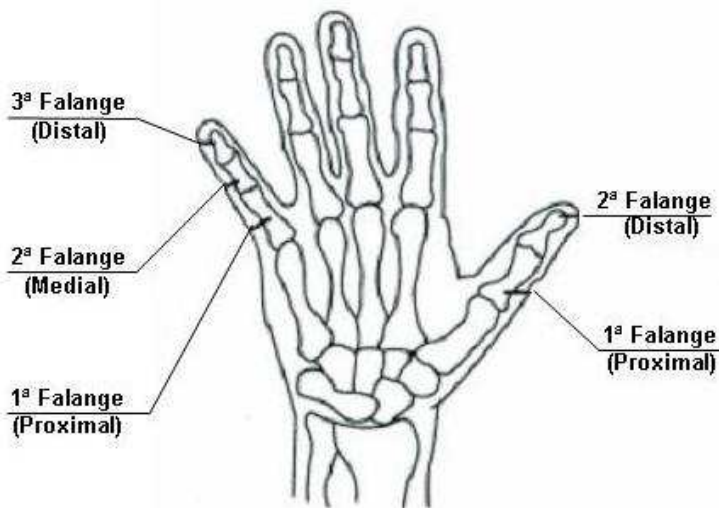
Eu, _____, portador de CI/RG nº _____, Órgão Expedidor/UF _____ e inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliado na (Rua/Av.) _____, nº _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____ UF _____, na qualidade de _____ do segurado, Sr.(a) _____ (contrato nº _____), autorizo, nos termos da 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.

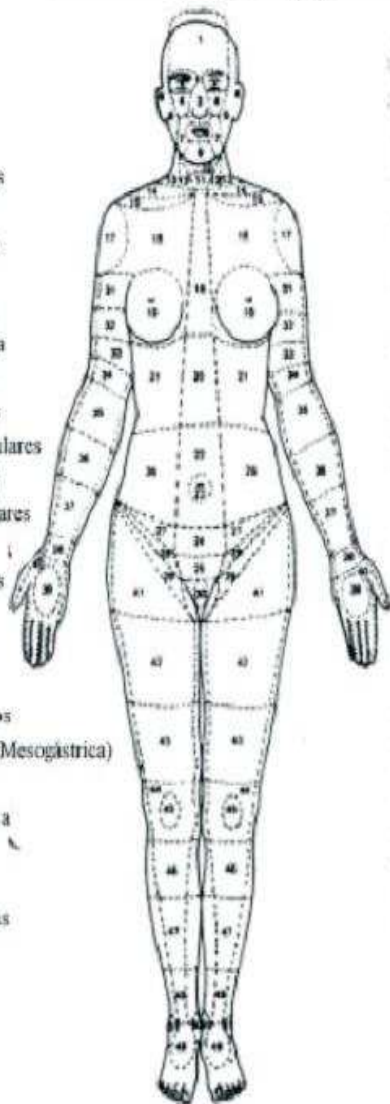
_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____ Nome: _____

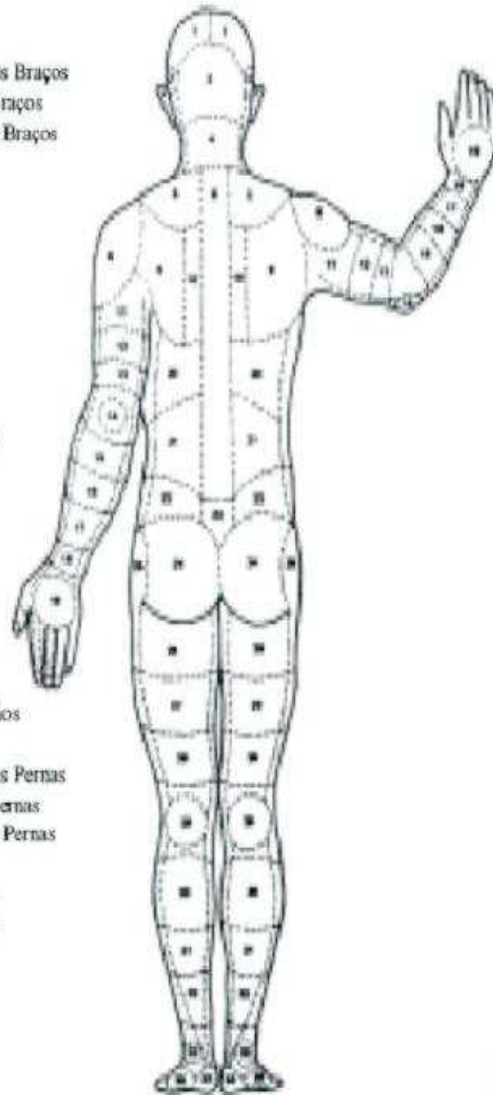
Obs.: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório "obrigatoriamente"



- 1□ Frontal
- 2□ Orbitárias
- 3□ Nasal
- 4□ Malares
- 5□ Masseterinas
- 6□ Auriculares
- 7□ Bucinadoras
- 8□ Labial
- 9□ Mentoniana
- 10□ Suprahi oideia
- 11□ Infrahi oideia
- 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□ Poltícas
- 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		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? 1.13 A invalidez é considerada:

SIM NÃO 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 ___/___/___	

**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.

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 ____/____/____	