



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

Portal de Sinistros

Abertura de Aviso de Sinistro

Aviso de Sinistro



The screenshot shows the top navigation bar of the Tokio Marine Seguradora website. It features a green background with three main buttons: 'ACESSO PORTAIS' with a dropdown arrow, 'ÁREA DO CLIENTE' (highlighted with a yellow border and a yellow arrow pointing up from below), and 'ÁREA DO CORRETOR'. To the left is the company logo and name. Below the navigation bar, the text 'SEGUROS DE AFINIDADES' is visible on the left, and a breadcrumb trail 'Home > Seguros de Afinidades' is on the right. A search icon is also present on the right side of the navigation bar.



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



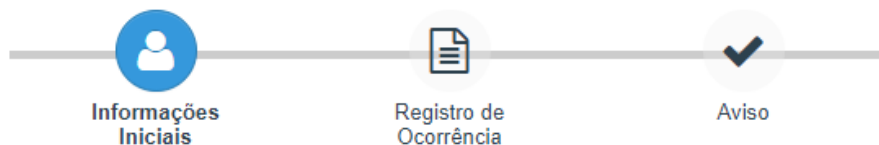
Continuar com o Facebook



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

Dados do Segurado

Nome CPF Data de Nascimento

6

Dados da Apólice

Estipulante CNPJ

7

Dados da Vítima

Vínculo com o Segurado

Selecione

Nome CPF Data de Nascimento

8

Profissão

Selecione

Sexo

Selecione

Descrição da Ocorrência

Tipo

Causa

Data Hora

9

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")
- 7) **7**
- 8) Em seguida, informe os dados da vítima.
- 8) **8**
- 9) Informe alguns detalhes sobre a ocorrência, como o que aconteceu, qual a causa, a data, horário aproximado e descreva o que aconteceu.
- 9) **9**
- 10) Após preencher todas as informações, clique em *Finalizar*.
- 10) **10**

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 FLOREANO FORTO
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:
CPF: 00.000.000.0000-00

Dados da Vítima
Vínculo com o Segurado: CÔNJUGE
Nome: TESTE
CPF: 288.803.110-17
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 ORTOSSÔNICAS
Data: 01/01/2012
Descrição da Ocorrência: DEPRIMIDHOF

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

The screenshot shows the app's main interface with a 'SOS Colisão' banner at the top. Below it, a grid of service buttons is visible: 'Registrar Sinistro', 'Acompanhar Sinistros' (highlighted with a yellow border), 'Enviar Docs. Sinistros', '2ª Via Pagamentos', 'Assistência Vídeos', and 'Assistência Auto'. A modal window is open in the foreground, titled 'Área do Cliente', and contains the text: 'OLÁ, QUAL SEU TIPO DE SINISTRO QUE DESEJA ACOMPANHAR?'. Below this, it says 'Selecione uma opção abaixo:' and lists 'AUTOMÓVEL ROLANDO E FURTO' and 'OUTROS SINISTROS' (highlighted with a yellow border). At the bottom of the modal, it reads: 'Para demais seguros, entre com seu usuário e senha.'

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

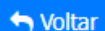
Vida

CPF:

ou CNPJ:

Número do Aviso - Segurado

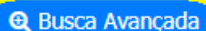
Contrato/Sub-Contrato/Certificado:



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

VIDA

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:**

Cópia Simples

- Comprovante do vínculo com o estipulante;
- Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito. (se houver)

Morte Natural

Cópia Autenticada

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

Morte Acidental

Cópia Simples

- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

Cópia Autenticada

- Certidão de Óbito;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de convívio marital informando o período de convivência;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

Invalidez Permanente Total por Acidente

Cópia Simples

- Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- Cédula de Identidade e CPF do Segurado
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

Documento Autenticado

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

Documento Original

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

Serviço de Assistência Funeral

Cópia Autenticada

- Certidão de Óbito;
- Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.
 - Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

Documento Original

- 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.
- Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;

Inclusão de Cônjuge

Cópia Simples

- Cédula de Identidade, CPF do Cônjuge

Cópia Autenticada

- Certidão de Casamento atualizada
- Comprovante de Endereço

Inclusão de Filhos

Cópia Autenticada

- Certidão de Nascimento do Filho.

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

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 – 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.