

**AVISO DE SINISTRO VIDA**

**1º) Dados da Apólice**

Apólice:	Estipulante:
Nome do Financiador:	Data de Início de Financiamento:

**2º) Dados do segurado**

Nome do Segurado:	CPF	Data de Nascimento:
Estado Civil:	Renda R\$	Ocupação
	Sexo:	Aposentado (Sim ou Não)?
Situação do Segurado na data do Sinistro:		Aposentadoria
( ) Ativo	( ) Aposentado	( ) Afastado
	Data de Concessão	____/____/____

**3º) Dados do Sinistro**

Data do Evento:	Hora:	Loca/Endereço
-----------------	-------	---------------

**4º) Dados do Reclamante**

Nome	Telefone com DDD:	
Endereço Residencial:		
Cidade:	Estado:	E-mail:

**5º) Declaração do Reclamante**

Eu \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_  
 residente à \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_  
 cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_  
 do Sr. (a) \_\_\_\_\_

Autorizo a todos os médicos, hospitais, INSS, laboratórios, convênios, outros serviços médicos, empresas privadas e órgãos público à fornecer a Seguros SURA S/A, ora representada pelo Sr. \_\_\_\_\_ relatório completo, bem como, cópias de prontuários médicos e exames realizados, além de afastamentos médicos.

Esta autorização esta de acordo com o Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, conforme resolução número 1931/2009, Capítulo IX - Sigilo Profissional, Artigo 77.

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Reclamante com firma Reconhecida em Cartório \_\_\_\_\_

**6º Relatório Médico Assistente**

Data do óbito: \_\_\_\_\_ Causa primária: \_\_\_\_\_

Causas secundárias da morte: \_\_\_\_\_

Data da 1º consulta médica: \_\_\_\_\_ Diagnóstico desta época: \_\_\_\_\_

Data da última consulta: \_\_\_\_\_ Qual diagnóstico da última consulta: \_\_\_\_\_

Data de início da doença que levou ao óbito: \_\_\_\_\_

De que forma foi diagnosticada esta doença? \_\_\_\_\_

O segurado tinha conhecimento? ( ) Não ( ) Sim Desde quando? \_\_\_\_\_

Informe os antecedentes clínicos que possuem nexo causal com o óbito: diagnósticos, datas e tratamentos realizados: \_\_\_\_\_

Houve internações anteriores? Em quais datas e locais? Por quais motivos? \_\_\_\_\_

Quais exames realizados, datas e resultados? \_\_\_\_\_

O segurado foi tratado anteriormente por outro médico? ( ) Não ( ) Sim

Especifique abaixo o(s) nome(s) do(s) médico(s) e telefone:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Assistente e Carimbo

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**Seguros SURA\***

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

[www.segurossura.com.br](http://www.segurossura.com.br)