

Notificação de Afastamento da Atividade Profissional

Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e Doença



As condições gerais do seguro podem ser solicitadas através do contato no site da ABPS. Consulte www.abpsaude.com.br

1 Dados de controle da seguradora

Apólice	Certificado N°	Estipulante
---------	----------------	-------------

2 Dados do segurado

Nome			
Nascimento	CPF	Sexo:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
(DDD) Telefone	Profissão		

Dados da empresa em que trabalha

Empresa		
Endereço	Bairro	
Cidade	UF	(DDD) Telefone

Dados do afastamento

Motivo do afastamento:	<input type="radio"/> Doença <input type="radio"/> Acidente	Data início da doença ou acidente
Local do acidente / Endereço		Bairro
Houve registro policial do acidente?		
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Em caso afirmativo, N° da ocorrência	N° do Batalhão / DP
Local	Assinatura do segurado	
Data		

2 Relatório Médico

O item 2 deve ser preenchido pelo médico responsável

Nome do paciente		
Houve internação Hospitalar:		
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Em caso afirmativo, especifique o hospital	
Data do acidente	Data da internação	Alta médica prevista para
Tratamento realizado: <input type="radio"/> Clínico <input type="radio"/> Cirúrgico		
Urgência médica: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
Diagnóstico principal e secundário		
Procedimento(s) cirúrgico(s) realizado(s)		

Início dos sintomas: Hora Dia Semana Mês Ano

Data da 1ª consulta médica

Resumo da história clínica

O paciente apresentou quadro clínico anteriormente similar ou igual? Não Sim, descreva abaixo a(s) data(s) e nome(s) do(s) médico(s)

Nome do médico	Data
Nome do médico	Data
Nome do médico	Data

O paciente necessitará continuar sob tratamento? Não Sim, detalhe no campo abaixo

Nome do médico responsável	CRM		
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
(DDD) Telefone	Especialidade		
Local	Assinatura do médico e carimbo		
Data			

3 Declaração do reclamante ou segurado

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, autorizo e libero do sigilo profissional aos Srs. Médicos, Hospitais, Clínicas, Laboratórios de Análise Clínica, Agências do INSS e Instituto da Previdência que atenderam ou concederam benefícios previdenciário ao segurado(a) acima citado(a), prestarem toda e qualquer informação médica, bem como fornecer cópia de prontuários e resultados de exame que possam dispor acerca dos atendimentos prestados, à Zurich Brasil Sguros ou ao portador desta. Signatário na qualidade de () segurado () beneficiário () procurador. Esta autorização é concedida conforme os Artigos 102/106 do Código de Ética Médica publicada no Diário Oficial da União em 26/01/1988, mediante resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1246/88, e de acordo com a Lei Federal nº 3268 de 30/09/1957 regulamentada pelo decreto lei nº 44045 de 19/07/1958, bem como em concordância com o disposto na resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1658/2002, publicada no Diário Oficial da União, em 13/12/2002.

4 Considerações finais

O não preenchimento de todos os campos deste formulário poderá acarretar em demora na liquidação do sinistro.

Documentos necessários para liquidação do sinistro:

- O aviso devidamente preenchido em todos os quesitos;
- Resultado dos exames complementares realizados (laboratoriais, radiológicos, ultrassom, tomográfico, ressonância magnética);
- Cópia do boletim de ocorrência policial;
- Cópia completa do prontuário do primeiro atendimento médico-hospitalar (caso não tenha boletim) ;
- Cópia da carteira de identidade (RG) e CPF do segurado;
- Cópia do comprovante de residência do segurado.

Obs: Os documentos acima são básicos, reservando-se à Seguradora o direito de solicitar outros que sejam necessários para a elucidação do sinistro.

Nota: Caso necessário, serão solicitados outros documentos.