



American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2029 - Santa Cecília - São Paulo - SP - CEP 01227-200
 Fone: (11) 3258-0022 - Fax: (11) 3231-4446 - CNPJ 67.865.360/0001-27

**AVISO DE SINISTRO
 VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES
 PESSOAIS**

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR <i>Sindicato dos Servidores Públicos Municipais S.P.</i>		APÓLICE Nº	
SEGURADO <i>Ari de Lima</i>	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
SINISTRO DE	CAUSA	DATA ADMISSÃO	ULTIMO DIA TRABALHADO
<input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO			
De ___/___/___ a ___/___/___	- Motivo : _____		
De ___/___/___ a ___/___/___	- Motivo : _____		
De ___/___/___ a ___/___/___	- Motivo : _____		
De ___/___/___ a ___/___/___	- Motivo : _____		
Estava aposentado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Desde quando? _____ - Motivo : _____	

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

VERTCON ADM/ CORRETORA SEGUROS LTDA.

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO <i>Ari de Lima</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>20/05/47</i>	PROFISSÃO <i>Motorista</i>	TELEFONE <i>97987655</i>
ENDEREÇO <i>Rua Geraldo Fenez, 103 - Vila Itapenkari</i>	CIDADE <i>Bertioga</i>	UF <i>SP</i>	
DATA DO ACIDENTE <i>24/01/09</i>	HORA	LOCAL DO ACIDENTE <i>Hospital Berlioz</i>	

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? SIM NÃO

QUAL?

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO

NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO

DATA 1º SOCORRO	LOCALIDADE	ESTABELECIMENTO
ENDEREÇO	CIDADE	UF
NOME DO MÉDICO	CRM Nº	ENDEREÇO

INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA	PROFISSIONAL

Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

Santos, 24/06/09
 LOCAL E DATA

Kmouir Opasido Passini
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO ARI SE LIMA

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO	DATA <u>21.01.09</u>	HORAS <u>11:45h</u>	FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL? <u>HOSPITAL</u>	DATA DA 1ª CONSULTA <u>23.01.09</u>	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA <u>23.01.09</u>
----------------------	----------------------	---------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL? AVC

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:
A) PRIMÁRIA AVC

B) SECUNDÁRIA

HOVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.
Unidade Hospitalar Militar de Brasília - 40107 - AVC

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DESDE QUANDO? <u>2007</u>	QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? <u>motorista</u>	QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------------

HOVE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HABITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.

HOVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS.

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC)

O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, PEDE-SE DAR DETALHES.

O FALECIDO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO

DATA 1ª CONSULTA	DATA INÍCIO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMA CONSULTA	DATA INVALIDEZ TOTAL	DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO	O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A INVALIDEZ É DEFINITIVA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO? SIM NÃO A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É: LABORAL AUTONÔMICA

DESCREVA A SINTOMATOLOGIA E OS EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM A CARTACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC.)

HOVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? (FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)

O SEGURADO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE	DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO	HISTÓRICO DO ACIDENTE
------------------	----------------------------	-----------------------

DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO

TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO

HOVE INTERNAÇÃO? DATA DA INTERNAÇÃO DATA DA ALTA ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO AFIRMATIVO, QUAL?

O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?

EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZA-LA? SEM INVALIDEZ COM INVALIDEZ

CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZA-LA? PERMANENTE TOTAL TEMPORÁRIA PARCIAL SE PARCIAL, INDIQUE: % DE REDUÇÃO FUNCIONAL MÍNIMA MÉDIA MÁXIMA

DESCREVER AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL

O PACIENTE FOI TRATADO POR OUTROS MÉDICOS? EM CASO AFIRMATIVO, INFORME NOME E ENDEREÇO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO MÉDICO TARCÍSIO SOARES BORGES FILHO CRM Nº 28872

ENDEREÇO Plaza Urquiza Molinari, S/Nº

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Brasília, 28/05/09

LOCAL E DATA

Dr. Tarcísio Soares Borges Filho
Médico Sanitarista
CRM 28872

ASSINATURA E CARIMBO

