

Cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS PARA SEGURO ESCOLAR

ESTIPULANTE (NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO)	APÓLICE Nº		
NOME COMPLETO DO (A) SEGURADO (A)	CPF		
E-MAIL	TELEFONE PARA CONTATO ()		
ENDEREÇO (AV/RUA)	Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

DATA DA OCORRÊNCIA: ____/____/____	NATUREZA DO ACIDENTE : <input type="radio"/> ACIDENTE DE BICICLETA <input type="radio"/> ATROPELAMENTO <input type="radio"/> BRIGA <input type="radio"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO <input type="radio"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA <input type="radio"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO <input type="radio"/> CORPO ESTRANHO <input type="radio"/> QUEIMADURA <input type="radio"/> QUEDA <input type="radio"/> TORÇÃO <input type="radio"/> TRAUMA <input type="radio"/> TRAUMA COM BOLA <input type="radio"/> OUTROS CITAR QUAIS: _____	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: <input type="radio"/> AULA DE DANÇA / BALLE <input type="radio"/> ATLETISMO <input type="radio"/> CASA <input type="radio"/> CAMA ELÁSTICA <input type="radio"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO <input type="radio"/> DESLOCAMENTO EM VIA PÚBLICA <input type="radio"/> EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="radio"/> GINÁSTICA OLIMPICA <input type="radio"/> JOGO DE BASQUETE <input type="radio"/> JOGO DE FUTEBOL <input type="radio"/> JOGO DE HANDEBOL <input type="radio"/> JOGO DE VOLEY <input type="radio"/> JUDÔ / KARATÊ <input type="radio"/> NATAÇÃO <input type="radio"/> RECREIO <input type="radio"/> SALA DE AULA <input type="radio"/> OUTROS CITAR QUAIS: _____
HORÁRIO DO ACIDENTE: ____:____		
LOCAL ONDE OCORREU: <input type="radio"/> COLÉGIO <input type="radio"/> FORA DO COLÉGIO ** INDICAR LOCAL _____		

** OBSERVAÇÃO: A cobertura para acidentes fora do colégio somente é válida para os seguros contratados com tal abrangência.

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, O LOCAL, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE (NOMES E ENDEREÇOS):

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

HOUVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE ? QUAL?

CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS:

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS

LOCAL E DATA

NOME E ASSINATURA DO SEGURADO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL

NOME COMPLETO DO (A) SEGURADO (A)

DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE:

DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO:

DIAGNÓSTICO

CITAR OS CÓDIGOS DA AMB 92 USADOS NO TRATAMENTO:

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA.

(IMPORTANTE: QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS, PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE)

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE
CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA ?

SIM

NÃO

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA ?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE
CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA ?

SIM

NÃO

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA ?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE:

NENHUMA

INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO ?

QUAL O TEMPO QUE O SEGURADO NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS ?

HOUVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS ?

OBSERVAÇÕES:

NOME DO MÉDICO:

CRM:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO:

TELEFONE:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

TELEFONE:

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO