



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Formulário 1:
Chek List de documentos para regulação de Sinistro
(Preenchimento obrigatório)

Corretor:	Responsável:	
Tel. Contato:	E-mail:	
Filial Resp.:	Contato:	Data de envio:

Relação de documentos para regulação do sinistro:

<input type="checkbox"/> Aviso de sinistro completo	<input type="checkbox"/> RG, CPF e comprovante de residência do segurado principal e sinistrado
<input type="checkbox"/> Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado com destaque das informações a respeito dos registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante previsto nas presentes Condições Gerais;	<input type="checkbox"/> Cópia completa da Carteira Profissional de Trabalho do Segurado principal (de capa a capa). Em se tratando de Associado ou Cooperado – documento legal, que comprove o vínculo exigido pelo seguro.
<input type="checkbox"/> Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais), incluindo os documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;	Para seguros contributários: <input type="checkbox"/> Cópia dos dois últimos contra cheque, imediatamente anteriores ao mês do evento;
<input type="checkbox"/> INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (formulário anexo ao aviso de sinistro)	Para seguros com capital Global: <input type="checkbox"/> Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro; <input type="checkbox"/> Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado: REC – relação de estabelecimento centralizada / CAGED;
<input type="checkbox"/> Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de doença mental, anexando o RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado ou do Curador.	

IMPORTANTE:

- É facultado à Seguradora, a solicitação de demais documentos para regulação e liquidação do processo de sinistro.
- Os documentos para definição e caracterização de beneficiários, serão solicitados pela Seguradora após caracterização da cobertura técnica do sinistro.
- A documentação do Sinistro deverá ser encaminhada para Alfa Previdência e Vida / Matriz – Gerência de Sinistros – 7º andar.



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Formulário 2: Dados do Sinistro
(Preenchimento obrigatório)

Dados do Estipulante (Preenchimento obrigatório, se houver)

Empresa		CNPJ	
Endereço	Pessoa contato:	Tel.:	E-mail

Dados do Sub-estipulante (Preenchimento obrigatório, se houver)

Empresa		CNPJ	
Endereço	Pessoa contato:	Tel.:	E-mail

Dados do(a) Segurado(a) Principal (Preenchimento obrigatório)

Nome		Data de Nascimento	CPF
Data de Admissão na empresa	Salário Vigente na ocasião do Sinistro	Último dia trabalhado	
Endereço		Bairro	CEP
Cidade	Estado	Telefone	E-mail
Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros:			

Dados do(a) Segurado(a) Sinistrado(a) (Preencher apenas se o segurado sinistrado for diferente do segurado principal)

Nome		Data de Nascimento	CPF
Endereço		Bairro	CEP
Cidade	Estado	Telefone	E-mail

Dados de afastamento (Preenchimento obrigatório)

Aposentado: <input type="checkbox"/> Sim – Desde: _____ <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Aposentadoria: <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Invalidez	Nº do benefício aposentadoria:
Recebe ou já recebeu qualquer tipo de benefício pelo INSS (auxílio doença, acidente, outros?) <input type="checkbox"/> Sim – Período: _____ <input type="checkbox"/> Não	Nº benefício 1:	Nº benefício 2:

Local _____ Data ____/____/____

Carimbo/Assinatura do Estipulante / Reclamante



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Formulário 3: Relatório Médico

(Preenchimento obrigatório pelo Médico assistente do segurado com firma reconhecida)

Nome Completo do(a) Paciente		Idade	
Data de Início dos Sintomas. Quais?		Data de Início do Tratamento. Quais?	
Descreva o quadro clínico atual			
Foi o médico do segurado durante todo o tratamento da doença? () Sim () Não	Há quanto tempo trata do Segurado / Paciente?	Data da 1ª consulta:	Data da última visita:
Quando e de que forma foi diagnosticada a doença?		Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? (Anexar exames e laudos)	
Quando do diagnóstico, o(a) segurado(a)/paciente foi informado do mesmo? () Sim () Não Em que data?		Em caso negativo, foi informado a outra pessoa? () Sim () Não Em que data?	
O segurado teve conhecimento de toda evolução e conseqüências de sua moléstia?		Nome e Parentesco da pessoa informada sobre o diagnóstico do segurado	
O paciente é portador de alguma outra doença? () Não () Sim. Quais?		Encontrou no paciente qualquer defeito físico ou doença pré existente? Especifique:	
Qual o estadiamento da doença atual? (Havendo protocolo médico específico, favor assinalar a classificação oficial):			
O quadro clínico [] Foi [] Está sendo [] Já está tratado e/ou de alta. Especifique o tratamento e seus resultados:			
Havendo limitação física e/ou psíquica descreva as ações cotidianas às quais o Segurado esteja impedido e/ou dependente de auxílios, inclusive de terceiros? Descrever a desvantagem então decorrente da doença e suas repercussões na autonomia de vida.			
Em caso de não haver quadro clínico incapacitante que seja gerador de desvantagem que se traduza como perda da autonomia de vida total e permanente do Segurado favor assinalar: [] Não há quadro clínico incapacitante, físico e/ou mental, compatível com falências orgânicas, sistêmicas ou não, críticas e irreversíveis que possam ser responsáveis pela perda total e definitiva da autonomia de vida do Segurado e assim serem capazes de determinar, de modo irreversível, a perda de sua existência independente.			
Considera o(a) segurado(a)/ paciente definitivamente incapaz para exercer suas atividades profissionais? Justificar a resposta			
Houve internação Hospitalar: () Sim () Não	Nome do Hospital/Período:	Em que data foram esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para reabilitação do(a) segurado(a), e que determinaram sua invalidez em caráter permanente?	
O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos: () Não () Sim. Informar: Nome/CRM/tel.:			

<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE</p> Nome Legível: _____ CRM: _____ Endereço (Comercial ou Residencial): _____ Telefone (Comercial ou Residencial): _____ Assinatura e Carimbo	<p style="text-align: center;">RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA DO MÉDICO</p> Data: ____ / ____ / ____
--	---



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A

AVISO DE SINISTRO

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Formulário 4: Instrumento de avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

(Preenchimento obrigatório pelo Médico assistente do segurado – No documento 1/2, deverá ser assinalado com “x” o grau em que o segurado se encontra, correspondente a cada ‘ATRIBUTO’; no documento 2/2, responder S/N)

DOCUMENTO 1 / 2:

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

DOCUMENTO 2 /2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRAATARIEDADE TERAPÉUTICA.	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE
Nome Legível: _____
CRM: _____
Endereço (Comercial ou Residencial): _____
Telefone (Comercial ou Residencial): _____
_____ Assinatura e Carimbo



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Formulário 5: Termo de Autorização
(Preenchimento obrigatório)

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, e inscrito no CPF sob nº _____, residente e domiciliado à _____ (Rua/Av./) _____, nº _____, complemento: _____, Bairro: _____, cidade: _____, Estado: _____, na qualidade de _____ do Segurado(a), Sr.(a) _____, autorizo, nos termos da Resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina, a Alfa Previdência e Vida S.A., ou a quem esta delegar poderes para tanto, a solicitar cópia 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, instituições hospitalares e previdências, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico previdenciária (INSS), que atenderam o(a) Sr(a) _____ . AUTORIZO, ainda, que referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado da Alfa Previdência e Vida S/A, 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.: Poderá ser exigido pela Seguradora, reconhecimento de firma neste documento.