



## ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A AVISO DE SINISTRO - IPA

### 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"/> Boletim de Ocorrência Policial (e/ou CAT se acidente dentro da empresa)	<u>Para seguros contributários:</u> <input type="checkbox"/> Cópia dos dois últimos contra cheque, imediatamente anteriores ao mês do evento;
<input type="checkbox"/> Laudo de corpo e delito elaborado pelo IML (se realizado)	<input type="checkbox"/> CNH, caso a vítima seja condutor do veículo na ocasião do acidente
<input type="checkbox"/> Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;	<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"/> Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado	<u>Para seguros com capital Global:</u> <input type="checkbox"/> Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro; <input type="checkbox"/> <u>Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado:</u> REC – relação de estabelecimento centralizada / CAGED;
<input type="checkbox"/> Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente;	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela (será solicitado para casos em que segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens. Anexar RG, CPF e comprovante de residência, atualizados.	<input type="checkbox"/> _____

#### 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 - IPA

### 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 do evento (Preenchimento obrigatório)

Data do Acidente:	Local do Acidente:
Data da Alta Médica definitiva:	( ) Local do Acidente _____ ( ) Trabalho _____ ( ) Hospital _____ ( ) Outros _____
Tipo de Acidente ( ) Trânsito ( ) Doméstico ( ) Trabalho ( ) Outros _____	Causa: ( ) Acidente Automobilístico ( ) Suicídio ( ) Homicídio ( ) Latrocínio ( ) Outros (especificar) _____
Em caso de acidente de automobilístico: ( ) Condutor Veículo ( ) Passageiro Veículo ( ) Pedreste	Evento registrado por Autoridade Policial? ( ) Não ( ) Sim - Distrito Policial: _____
Foi realizado Exame Necroscópico/Corpo e Delito? (em caso positivo, anexar cópia; caso negativo, anexar declaração IML local) ( ) Sim ( ) Não	Foi realizado Exame Dosagem alcoólica? (em caso positivo, anexar cópia; caso negativo, anexar declaração IML local) ( ) Sim ( ) Não

#### Dados de afastamento (Preenchimento obrigatório)

Aposentado: ( ) Sim - Desde: _____ ( ) Não	Tipo de Aposentadoria: ( ) Idade ( ) Tempo de Serviço ( ) Invalidez	Nº do benefício aposentadoria:
Recebe ou já recebeu qualquer tipo de benefício pelo INSS (auxílio doença, acidente, outros) ( ) Sim - Período: _____ ( ) Não	Nº benefício 1:	Nº benefício 2:

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura do Estipulante / Reclamante



## ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A AVISO DE SINISTRO - IPA

### Formulário 3: Relatório Médico

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

Nome Completo do segurado / paciente:		Idade:
Desde que data V.Sa. vinha assistindo o(a) segurado(a):	Houve atendimento por outro profissional? Informar nome.	
Quais as lesões apresentadas pelo(a) segurado(a) logo após o acidente?		
As lesões são diretamente de causa traumática? ( ) Sim                      ( ) Não	Favor especificar a causa	O(a) paciente está em alta definitiva ( ) Sim                      ( ) Não
Houve concorrência de doença anterior complicando as lesões causadas pelo acidente? ( ) Não                      ( ) Sim. Quais?		
Poderá o(a) acidentado(a) recuperar as funções dos membros ou órgãos atingidos, se for submetido a algum(s) dos tratamentos abaixo?		
<u>Cirúrgico</u> ( ) Sim                      ( ) Não <u>Fisioterápico</u> ( ) Sim                      ( ) Não <u>Clínico</u> ( ) Sim                      ( ) Não		
Se afirmativo, a recuperação poderá ser: ( ) Parcial                      ( ) Total	Se parcial, qual o percentual de recuperação esperada:	Data ou tempo previstos para esta recuperação:
Sinistrado está recebendo/recebeu auxílio doença pelo INSS? ( ) Não                      ( ) Sim. Data Início:	Informar datas das perícias já realizadas e da imediatamente posterior:	
Sinistrado encaminhado para aposentadoria? ( ) Não                      ( ) Sim. Em que data?	Sinistrado aposentado pelo INSS? ( ) Não                      ( ) Sim. Em que data? ____/____/____	
Qual o grau de perda ou impotência funcional do membro/órgão em percentual? (de 0% a 100%)		
Na impossibilidade de quantificar a incapacidade em percentual, indicar: ( ) Mínimo                      ( ) Médio                      ( ) Máximo		
Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar de o(a) Segurado(a):		
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?                      ( ) Sim                      ( ) Não		
Está alienado mental de forma TOTAL E INCURÁVEL?                      ( ) Sim                      ( ) Não		

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



**ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**  
**AVISO DE SINISTRO - IPA**

**Formulário 4: 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.