

**AVISO DE SINISTRO - DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

CPF

PROFISSÃO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE PARA CONTATO \_\_\_\_\_

**EM CASO DE EVENTUAL PAGAMENTO, FAVOR INFORMAR ABAIXO OS DADOS BANCÁRIOS DA CONTA CORRENTE DE TITULARIDADE DA SEGURADA.**

**(\*) Alertamos que não é possível efetuar crédito dos eventuais pagamentos de indenização em contas bancárias de poupança ou em nome de terceiros (não beneficiário/segurada)**

NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	DÍGITO
É APOSENTADA? ( ) SIM ( ) NÃO	DESDE QUANDO? ____/____/____	QUAL MOTIVO? ( ) TEMPO DE SERVIÇO ( ) INVALIDEZ POR DOENÇA ( ) INVALIDEZ POR ACIDENTE ( ) POR IDADE		

A SEGURADA ESTEVE AFASTADA DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? ( ) NÃO ( ) SIM.  
FAVOR PREENCHER COM OS PERÍODOS DE AFASTAMENTO O QUADRO ABAIXO.

PERÍODOS:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA

ASSINATURA DA SEGURADA

**RELATÓRIO MÉDICO**

**AS INFORMAÇÕES SEGUINTE DEVERÃO SER PRESTADAS PELO MÉDICO QUE TRATOU A SEGURADA DURANTE SUA DOENÇA.**

QUAL O DIAGNÓSTICO? INFORMAR CID 10.

INFORMAR AS DATAS E RESULTADOS DOS EXAMES QUE AUXILIARAM NO DIAGNÓSTICO.

QUAL A DATA DO ANATOMO PATOLÓGICO / IMUNOHISTOQUÍMICO?

HOUE DIAGNÓSTICO ANTERIOR DE OUTRO CÂNCER/TUMOR MALIGNO ANTES DO ATUAL? QUAL É A LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO?

QUAL A DATA DO **PRIMEIRO** ANATOMO-PATOLÓGICO/IMUNOHISTOQUÍMICO?

**Observação.** Favor datar, assinar, informar CRM legível e carimbar este formulário, informando seus meios de contatos profissionais, com telefones, desde já autorizando ser contatado pela Assessoria Médica da Cia. Seguradora, para fins de esclarecimentos adicionais sobre os dados médicos registrados.

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO

LOCAL E DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

E MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONES: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO E ENTREGUE NA SEGURADORA:**

- ( ) Cópia simples do RG, CPF e comprovante atualizado de residência (mês anterior ou atual) da Segurada;
- ( ) Original do laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- ( ) Cópia simples de todos os resultados de exames médicos que auxiliaram no diagnóstico, além do anátomo-patológico; e
- ( ) Original do modelo do Registro de Informações Cadastrais Pessoa Física - Circular SUSEP 380/08, com os dados da segurada. (vide alínea "d" do item NOTA, abaixo)

**NOTA:**

- a) A entrega de toda documentação agiliza a análise do processo, procure dar entrada somente quando tiver todos os documentos acima listados em mãos.
- b) Para facilitar e verificar se todos os documentos necessários para abertura do processo foram entregues, assinale com "x" a frente da cada um deles.
- c) Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora.
- d) Os formulários citados poderão ser impressos no site da Porto Seguro, conforme caminho a seguir: [www.portoseguro.com.br/](http://www.portoseguro.com.br/) Vida e Previdência / Em caso de sinistro.

**SAC: 0800 727 2746** (informação, reclamação e cancelamento) - **0800 727 8736** (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) **Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377** (Gde. São Paulo) - **0800 727 9393** (Demais Localidades)  
Ou acesse: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)