

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado Titular:

Nome da Vítima:

Segurado Titular Cônjuge

Relação de Documentos para Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido (modelo anexo);
- Cópia do RG/CPF do segurado/sinistrado;*
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;*
- Cópia do Laudo do IML (Instituto Médico Legal);*
- Cópia do resultado dos exames de alcoolemia/toxicológico (se realizados)*
- Cópia da CNH do segurado (se este for o condutor);*
- Relatório médico, exames e RX realizados para o diagnóstico acompanhados dos laudos respectivos;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;*
- CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);*
- Autorização de crédito em conta firmada pelo segurado (modelo anexo);*
- Formulário de profissão e renda preenchido pelo segurado*

Este anexo e os documentos listados poderão ser enviados Via Upload (pelo site) ou através do endereço:

(<https://meuespaco.libertyseguros.com.br/sitepages/deslogado/enviardocumento.aspx>) ou Praça João Duran Alonso, 34 – 5º andar – Brooklin – CEP: 04571-070 – SP/SP. A/C Central de Digitalização de Documentos (informar o número da ocorrência no envelope).

Aviso para Concessão de Benefício

IPA - Invalidez Permanente por Acidente

Relatório do Médico Assistente

Nome do paciente

Data do primeiro atendimento

Data do último atendimento

/ /

/ /

Diagnóstico (descrição exata da lesão, indicar o caráter, a sede e extensão)

No Caso de Redução ou Perda do Uso de Algum Membro ou Órgão, Preencher as Informações Abaixo:

Alterações Funcionais de Cada Membro ou Órgão	Grau de Redução Funcional			
	Mínimo (0 a 25%)	Médio (26% a 50%)	Máximo (51% a 75%)	Total (76% a 100%)
	%	%	%	%
	%	%	%	%
	%	%	%	%
	%	%	%	%
	%	%	%	%

As lesões são diretamente de causa traumática? Em caso negativo, qual a causa?

Resultou lesões dos nervos, tendões, músculos ou órgãos internos ou há suspeita? Em caso afirmativo, em que consiste?

Quais as condições de integridade fisiológica e anatômica do segurado? Indicar quais os vestígios (de lesões, doenças e enfermidades).

Em quanto tempo o acidentado poderá voltar a exercer suas ocupações habituais, contados do início do afastamento? (Em número de dias)

Encontrou no acidentado qualquer limitação física ou doença preexistente ao acidente?

Esta limitação ou doença pode agravar ou vir a aumentar as consequências do acidente? Em que proporção?

O segurado ainda está em tratamento médico? Se não, qual a data da alta definitiva?

Médico Assistente

Nome

CRM

Endereço

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

E-mail

Local e Data

Assinatura do Médico Assistente (reconhecer firma)