

---

## Documentos Necessários - IPA

---

### Comunicação de Sinistro

---

#### Relação de Documentos Obrigatórios para Análise

- Formulário Aviso de Alta Médica (Modelo 5310-900E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário Aviso de Sinistro (Modelo 5310-969E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial (**Documento obtido com a delegacia de polícia**);
- Peças do Inquérito Policial tais como: depoimento de testemunhas, relatório da autoridade competente, etc. ou documento comprobatório da não abertura do inquérito (**Documento obtido com a delegacia de polícia**);
- Radiografia do membro atingido, se houver;
- Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso, devidamente protocolada pelo INSS (**Documento obtido com a Empresa**);
- A devida habilitação quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- Formulário de Autorização para Obtenção de Documentos Médicos (Modelo 5310-1632E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado (o RIC substitui o documento de identidade e CPF e deverá estar dentro da validade);
- Comprovante de Residência do Segurado, tais como: contas recentes de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF. O comprovante atualizado deve ser um dos últimos 03 (três) meses. Caso não possua conta em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de duas testemunhas;
- Formulário de Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Conta-Poupança (Modelo 5310-292E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário Pessoas Físicas Politicamente Expostas - PPE (Modelo 5310-1642E) (**Documento fornecido pela Seguradora**).

---

### Observações

#### 1 - Para Seguro de Apólices Específicas, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Contracheque ou holerite do mês de ocorrência do sinistro, quando o Capital Segurado for múltiplo salarial ou segurado contribuinte (**Documento obtido com a Empresa**).

#### 2 - Para Seguro Clube Vida Empresarial, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Declaração do contador referente ao mês anterior do evento, informando a quantidade total de funcionários (Matriz/Filiais/Coligadas) e, havendo funcionários afastados, indicar os nomes, datas do afastamento e causas (**Documento obtido com a Empresa**);
- Guia de Recolhimento do FGTS completa (Matriz/Filiais/Coligadas) referente ao mês anterior ao evento (**Documento obtido com a Empresa**);
- Cópia do Contrato Social da empresa e de todas as alterações inerentes e Declaração por escrito do contador, informando qual e quando ocorreu a última alteração contratual anterior ao sinistro, quando o sinistrado for sócio (**Documento obtido com a Empresa**);
- Cópia do Termo de Abertura e Cadastro de Produtor Rural (quando o estipulante for entidade rural) (**Documento obtido com a Empresa**);
- Ficha de Registro de Empregado do Segurado (**Documento obtido com a Empresa**).

#### 3 - Para Seguro Prestamista, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Proposta de Adesão ao seguro completa/Contrato de Adesão ao Financiamento/Declaração Pessoal de Saúde (**Documento obtido com o Corretor de Seguro e/ou Agência Emissora**);
- Cópia do Contrato de Transferência de Cota, se for o caso (**Documento obtido com o Corretor de Seguro e/ou Agência Emissora**);
- Cópia do Contrato Social da empresa e de todas as alterações inerentes e Declaração por escrito do contador, informando qual e quando ocorreu a última alteração contratual, quando o sinistrado for sócio (**Documento obtido com a Empresa**).

#### 4 - A Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que se fizerem necessários à plena elucidação do sinistro.

#### 5 - A entrega da documentação obrigatória não implica em prévio reconhecimento de cobertura do sinistro por parte da Bradesco Vida e Previdência S.A. e não obriga, automaticamente, a Seguradora a efetuar o pagamento do Capital Segurado.

### Aviso de Alta Médica Seguro de Acidentes Pessoais

Atenção: este documento deve ser preenchido somente por médicos e enviado para a Seguradora sempre após o término do tratamento.

1	A) Nome do Segurado					B) Data do Nascimento		
	C) Sexo	D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade		
	G) Nacionalidade		H) Profissão			I) CPF		Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade
	K) Endereço (Rua, nº)					L) DDD		Telefone
2	M) Bairro			N) Cidade			O) CEP	P) UF
	A) Data do Acidente				B) Data do primeiro atendimento médico:			
	Diagnóstico definitivo das lesões produzidas pelo trauma especificando as localizações com precisão anatômica:							
	Lesões ou estados mórbidos pré-existentes não relacionados com o trauma em pauta:							
5	Tipos de tratamentos ministrados com respectivas datas:							
6	Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com respectiva(s) data(s):							
7	Houve complicações intercorrentes? Queira descrever:							
8	A) Data de internação			B) Data da alta hospitalar			C) Data do término do tratamento médico	
9	Hospital ou clínica onde foi prestada a assistência médica:						B) Localidade	
	A) Nome							

### Aviso de Alta Médica Seguro de Acidentes Pessoais

10	Nome e especialidade do médico assistente:		B) Especialidade	
	A) Nome			
11	Tipos e duração do tratamento fisioterápico:	B) Data de Início	C) Nº de sessões	D) Data de Término
	A) Tipos			
12	Descrição das sequelas de caráter permanente porventura existentes (em caso de amputação ou de redução funcional de alguma articulação, queira informar, com devida precisão, sua localização anatômica):			
13	Grau de redução funcional de cada articulação ou órgão (em medicina do seguro: mínimo, médio, máximo e rígido):			
14	Fazer aqui as observações que julgar serem necessárias:			
15	A) Localidade (cidade)		B) Data	
	C) Nome do Médico		D) CRM	
	E) Endereço do consultório (ou outros)		F) DDD	Telefone
	G) Bairro	H) Cidade	I) CEP	J) UF
	Assinatura do Médico			

**Atenção:** favor responder aos quesitos com letra legível, de forma, ou datilografar. A assinatura do médico deve conter carimbo e CRM.

### Aviso de Sinistros Seguro de Acidentes Pessoais

**Atenção: esta parte do relatório deve ser preenchida pelo Segurado ou seu representante legal.**

1	A) Nome do Segurado Acidentado						B) Idade	
	C) Sexo		D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade	
	G) Nacionalidade		H) Profissão			I) CPF		Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade
	K) Endereço (Rua, nº)							
2	L) Bairro				M) Cidade		N) UF	O) CEP
	A) Data e hora da ocorrência do acidente: Data:                      Hora				B) Localidade de:			
3	Descreva com letra legível como aconteceu o acidente, suas causas e consequências:							
4	Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente:							
	A) Nome:				B) Endereço:			
5	C) Nome:				D) Endereço:			
	A) Pessoa que prestou primeiros socorros:							
6	B) Localidade:				C) Data e horário dos primeiros socorros: Data:                      Hora:			
	A) Data em que procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente:							
7	B) Consultório, Clínica ou Hospital (Nome):				C) Endereço:			
	A) Nome do Médico que assistiu o segurado:							
8	B) Endereço:							
	Médico Assistente do Segurado antes do Acidente:							
8	A) Nome:							
	B) Endereço:							

**Aviso de Sinistros Seguro de Acidentes Pessoais****Atenção: esta parte do relatório deve ser preenchida pelo Segurado ou seu representante legal.**

9	A) Se houver intervenção de alguma autoridade, cite o nome e a qualificação:
	B) Localidade:
10	Se o acidentado já sofreu outro acidente, queira indicar: A) Em que data e em que condições:
	B) Consequências:
	C) Recebeu alguma indenização? Indicar Seguradora e Valor.
11	O abaixo assinado declarante é responsável pela verdade das informações
	<div>Localidade e Data</div> <div>Assinatura</div>

### Relatório do Médico Assistente

1	A) Local do primeiro atendimento médico referente ao acidente em pauta:	B) Data:
2	Descrição detalhada e precisa das lesões diretamente produzidas pelo trauma atual:	
	A) As lesões constatadas são <u>diretamente</u> consequentes da causa traumática?	
3	B) Em caso negativo, qual a causa?	
	C) As lesões constatadas são diretamente consequentes de causa traumática?	
	A) Encontrou no acidentado qualquer defeito físico ou doença pré-existente ao acidente? Queira esclarecer.	
4	B) Este efeito ou doença pode agravar ou vir aumentar as consequências do Acidente? Esclarecer.	
	C) Houve agravação das lesões por falta de cuidados médicos imediatos?	

### Relatório do Médico Assistente

5	Observações necessárias e maiores esclarecimentos sobre as lesões e o quadro clínico do acidentado:		
	A) Localidade e Data:		
	B) Nome do Médico declarante:	C) CPF:	Controle
	D) Endereço:	E) Bairro:	
6	F) Cidade:	G) UF:	H) CEP:
	I) Assinatura e carimbo do médico:		J) CRM:

**Atenção: favor responder aos quesitos com letra legível, de forma ou datilografar. A assinatura do médico deve conter carimbo e CRM.**

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022 Demais Localidades: 0800 570 0022 Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 7h30 às 19h30, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.	

---

**Autorização (Somente para Obtenção de Documentos Médicos)**

---

Seguradora

**Bradesco Vida e Previdência S.A.**

Prestadora (a ser preenchido pela Seguradora)

Eu, \_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_  
residente à \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_  
na cidade de \_\_\_\_\_ na qualidade de beneficiário(a) e Responsável Legal do  
(a) Sr. (a) \_\_\_\_\_, autorizo para  
instruir o processo de Regulação de Sinistro Vida, que os Médicos, Hospitais, Clínicas, Postos de Saúde,  
Laboratórios, INSS, Convênios de Saúde prestem todas as informações, fornecendo Relatórios Médicos,  
cópias de Prontuários, cópias e Laudos de Exames solicitados pela Área Médica ou representante desta  
Seguradora, de acordo com os artigos 73 e 77 do Cap. IX do Código de Ética Médica

\_\_\_\_\_  
Local e Data

**Assinatura do(a) declarante (reconhecer firma).**

\_\_\_\_\_  
Nome:

RG:

## Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança

### Dados do Sinistro

Estipulante do Seguro		Nome do Segurado	
Segurado Sinistrado	Data do Sinistro	Apólice N°.	Certificado

### Dados Pessoais do Beneficiário

Nome Completo (sem abreviações)			Data de Nascimento		CPF/CNPJ/MF	
Doc. Identificação - Tipo	N° Documento	Órgão Expedidor	UF	Data Emissão	Validade	
Endereço (Rua, Av.)					N°.	
Bairro		Cidade			UF	CEP
Telefone (DDD+ N°.)		E-mail				

Autorizo a Bradesco Vida e Previdência S.A. a creditar o valor da indenização deste seguro, em Conta-Corrente/Poupança de minha titularidade, abaixo indicada, devidamente corrigido nos termos que estabelecem as Condições Gerais do Contrato de Seguro, comprometendo-me pela exatidão dos dados fornecidos e assumindo integralmente a responsabilidade perante essa Seguradora e/ou terceiros, por quaisquer prejuízos advindos de informações incorretas inerentes a esses dados.

Obrigo-me, ainda, a comunicar imediatamente de forma escrita a essa Seguradora, qualquer alteração cadastral na referida Conta-Corrente/Poupança, que enseje o não cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora.

Conta Bancária			Tipo da Conta (indicar apenas um tipo)	
Nome do Banco	Cód. Banco	Díg.	<b>Conta-Corrente</b> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	<b>Conta-Poupança</b> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta
Cód. Agência		Díg.	CPF do Titular:	CPF do Titular:
N° da Conta		Díg.		

\* O não preenchimento de todos os campos deste formulário implicará na devolução do mesmo.

Local e Data

Assinatura

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022 Demais Localidades: 0800 570 0022 Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 7h30 às 19h30, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.	

**Pessoas Físicas Politicamente Expostas PPE - Circular 445 Susep**

Nome do Segurado/Beneficiário	CPF/MF
-------------------------------	--------

**Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante?** ☐ Sim ☐ Não  
 Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Empresa/Órgão Público	Profissão
-----------------------	-----------

Nome do Cargo ou Função	Data Início do Exercício	Data Fim do Exercício
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Faixa de Renda Mensal

<input type="checkbox"/> Sem Renda	<input type="checkbox"/> De 2.500,01 a 5.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de 10.000,00
<input type="checkbox"/> Até 2.500	<input type="checkbox"/> De 5.000,01 a 10.000,00	

**Possui relacionamento/ligação com Agente Público?** ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Grau de Relacionamento

<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Cônjuge
<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Nome da Pessoa Exposta Politicamente	CPF/MF
--------------------------------------	--------

Nome do Cargo ou Função	DDD	Telefone
-------------------------	-----	----------

Declaro, para os devidos fins e sob as penas de lei, que são verdadeiras as informações por mim prestadas e constantes nesta ficha e que deverei manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere.

Local e Data	Assinatura do Segurado/Beneficiário
--------------	-------------------------------------

1- De acordo com o art. 4º da Circular nº 445 de 02 de julho de 2012, consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras:

I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II - os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União;

III - os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;

IV - os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;

V - os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI - os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembléia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal;

VII - os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

2 - Pessoas politicamente expostas estrangeiras: são aquelas que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro; por exemplo, chefes de Estado e de Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.