

---

## Documentos Necessários – DMHO

---

### Comunicação de Sinistro

---

#### Relação de Documentos Obrigatórios para Análise

- Formulário Aviso de Sinistro (Modelo 5310-969E) **(Documento fornecido pela Seguradora);**
- Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver **(Documento obtido junto a Delegacia de polícia);**
- Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso, devidamente protocolado pelo INSS **(Documento obtido com o Empresa);**
- A devida habilitação quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- Relatório do hospital detalhando materiais e serviços realizados, bem como o valor dos mesmos **(Documento fornecido pelo hospital onde o segurado foi atendido);**
- Solicitação de exames médicos e fisioterápicos **(Documento obtido com o médico assistente);**
- Receitas Médicas, quando houver a compra de medicamentos;
- Notas Fiscais e recibos originais;
- 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 o CPF e deverá estar dentro da validade);
- Documento de Identidade e CPF ou RIC e/ou CNPJ do responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas (o RIC substitui o documento de identidade e o 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 Acidente Pessoal Coletivo (APC), 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 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 - A Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que se fizerem necessários à plena elucidação do sinistro.
- 4 - A entrega da documentação obrigatória não implica em prévio reconhecimento da 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 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)							
	L) Bairro			M) Cidade			N) UF	O) CEP
2	A) Data e hora da ocorrência do acidente:				B) Localidade de:			
	Data:                      Hora							
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:			
	C) Nome:				D) Endereço:			
5	A) Pessoa que prestou primeiros socorros:							
	B) Localidade:				C) Data e horário dos primeiros socorros:			
					Data:                      Hora:			
6	A) Data em que procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente:							
	B) Consultório, Clínica ou Hospital (Nome):				C) Endereço:			
7	A) Nome do Médico que assistiu o segurado:							
	B) Endereço:							
8	Médico Assistente do Segurado antes do Acidente:							
	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:		
6	A) Localidade e Data:		
	B) Nome do Médico declarante:	C) CPF:	Controle
	D) Endereço:	E) Bairro:	
	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"/> Enteadado(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.