



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO (PRG)**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE ESTÁGIO (CGE)**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS VIDA**

**MORTE ACIDENTAL (MA)**

- Aviso de Sinistro, preenchido pelo estipulante; (Formulário em anexo)
- Certidão de Óbito do segurado;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;
- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do segurado;
- Ficha de Registro de Empregado/holerite do mês da ocorrência/ficha de matrícula/comprovante de vínculo com o estipulante;
- Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;
- Laudo de Necropsia ou Cadavérico;
- Resultado dos Exames de Dosagem Alcoólica/ Toxicológicos, se realizados;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se o segurado era condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Certidão de Casamento atualizada do segurado, quando o beneficiário for o cônjuge;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do beneficiário;
- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do beneficiário;
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado por cada um dos beneficiários; (Formulário em anexo)
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado por cada um dos beneficiários; (Formulário em anexo)
- Na falta de preenchimento do formulário de indicação de beneficiários, encaminhar Declaração de Herdeiros. (Na declaração de herdeiros: reconhecer firma por autenticidade/expressar claramente se segurado deixou ou não companheira/esposa e companheira são pessoas diferentes) (Formulário em anexo)
- Declaração da empresa informando o período que o segurado ficou afastado das suas atividades laborais;
- Cartão proposta da congênere anterior ou da SURA, na falta, enviar carta do estipulante informando que não há cartão;

**INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)**

- Aviso de Sinistro, totalmente preenchido pelo médico e estipulante; (Formulário em anexo)
- Aviso de Alta Médica, totalmente preenchido;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;

- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do segurado;
- Ficha de Registro de Empregado/holerite do mês da ocorrência/ficha de matrícula/comprovante de vínculo com o estipulante;
- Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se o segurado era condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- Radiografia do membro atingido, se for o caso;
- Resultado dos exames realizados para confirmação da incapacidade.
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado; (beneficiários) (Formulário em anexo)
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado. (Formulário em anexo)

### **DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)**

- Aviso de Sinistro, totalmente preenchido pelo médico e estipulante; (Formulário em anexo)
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;
- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do segurado;
- Ficha de Registro de Empregado/holerite do mês da ocorrência/ficha de matrícula/comprovante de vínculo com o estipulante;
- Demonstrativo de Pagamento do mês da ocorrência;
- Prescrição / receituário médico;
- Notas fiscais, recibos ou comprovantes de pagamento das despesas médicas;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do responsável pelo pagamento das despesas;
- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do responsável pelo pagamento das despesas.
- Formulário de Informações Cadastrais, totalmente preenchido e assinado pelo segurado; (beneficiários) (Formulário em anexo)
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo segurado. (Formulário em anexo)

### **AUXÍLIO FUNERAL**

- Certidão de Óbito;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do falecido;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do segurado;
- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do segurado;
- Notas fiscais originais pertinentes às despesas havidas com o funeral;
- RG ou Certidão de Nascimento e CPF do responsável pelo pagamento das despesas havidas com o funeral;

- Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do responsável pelo pagamento das despesas havidas com o funeral.
- Ficha de Registro de Empregado/holerite do mês da ocorrência/ficha de matrícula/comprovante de vínculo com o estipulante;
- Termo de autorização para crédito em conta corrente, totalmente preenchido e assinado pelo beneficiário. (Formulário em anexo)

### **OBSERVAÇÃO**

- De acordo com as particularidades de cada processo, para **beneficiários** menores de 16 anos, o pagamento será feito diretamente ao menor com representação do responsável legal. **Beneficiários** maiores de 16 e menores de **18** anos, o pagamento será feito diretamente ao menor com a assistência do responsável legal. Nestes casos, deverão ser apresentados os seguintes documentos: RG, CPF e Comprovante de Residência (contas de concessionárias de serviços públicos emitidas até três meses anteriores à data do sinistro) em nome do representante legal, quando este for pessoa diferente de pai ou mãe sobrevivente, acompanhado do respectivo documento judicial conferindo o status de Tutor ou Curador dos menores.
- Em caso de segurado não ter esposa, filhos, e companheira, enviar documentação dos pais, para indenização. Caso eles falecidos, favor encaminhar documentação dos irmãos, e certidão de óbito dos pais.
- Em caso de não possuir o formulário, a seguradora segue o Código Civil. Art. 792.

### **IMPORTANTE**

- A Seguradora reserva o direito de solicitar outros documentos quando necessários à análise. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será interrompida e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

**Para cobertura é necessário comprovar a convivência marital com a apresentação de no mínimo 3 documentos, tais como:**

- Escritura pública de declaração reconhecendo a situação de fato REGISTRADA ANTES DO ÓBITO POR AMBOS;
- Recebimento de pensão por morte pelo INSS;
- Declaração de Imposto de Renda, onde conste a companheira como dependente do segurado ou viceversa;
- Comprovante de conta bancária conjunta;
- Dependência em plano de saúde / associações;
- Entre outros.

### **Dúvidas?**

Entre em contato com:

sinistro@hembseguros.com.br  
cge@prg.ufpb.br

Sinistro nº \_\_\_\_\_

CARIMBO RECEPÇÃO SEGURADORA

**AVISO DE SINISTROS DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO**

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE		
Nome do Estipulante		Apólice nº SG ____ / ____ / ____
Nome do Segurado		APC ____ / ____ / ____
Certificado nº	Admissão Do Segurado ____ / ____ / ____	Afastamento Do Trabalho ____ / ____ / ____

Local e Data

Assinatura Autorizada

DECLARAÇÕES DO SEGURADO		
Nome		Nascimento
Residência (rua, cidade, estado)		Telefone
Lesão Resultante de <input type="checkbox"/> Moléstia <input type="checkbox"/> Acidente	Se por Moléstia Início dos Sintomas ____ / ____ / ____	Se por Acidente Data do Mesmo ____ / ____ / ____
Local do Acidente	Exercia Atividade Profissional Sim      Não	
Descrever como ocorreu o acidente e as lesões		
Nome e Endereço do Médico Assistente		

**CASO MANTENHA SEGURO(S) DE ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRA(S) COMPANHIA(S) INDIQUE**

Seguradora(s)	GARANTIAS		
	Morte	Invalidez	DMH

Local e Data

Assinatura Autorizada

DADOS PARA PREENCHIMENTO DA SEGURADORA

**AVISO DE CANCELAMENTO  
POR SINISTRO**

**Sinistro nº**

Invalidez Total por Acidente

Invalidez Total por Doença

Nome do Estipulante

Apólice nº

SG \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Segurado

APC \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Certificado nº

Data do Aviso

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data do Sinistro

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Importância Segurada

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE**  
**- FAVOR PREENCHER EM LETRA DE FORMA -**

Nome do Segurado		Primeiro atendimento ____/____/____	Ultimo atendimento ____/____/____
Diagnóstico (Descrever a causa, natureza e localização pormenorizadamente)			
Notou indicio de alcoolização do Segurado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Pré existia alguma doença, redução funcional ou mutilação? Em caso afirmativo, descreva. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
No caso de perda de movimento, quais as regiões dos membros atingidos?			Percentual de Redução _____ %
Possibilidade de recuperação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No caso de recuperação, será total ou parcial ? _____	Considera-o total e permanente inválido para qualquer atividade remunerada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quanto tempo será necessário? _____			
Médico (Nome, CRM e Endereço)			

\_\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico

**DADOS PARA PREENCHIMENTO DA SEGURADORA**

Data do Aviso ____/____/____	Data do Início do Risco ____/____/____	Cobertura	Prêmio Pago Até ____/____/____
<b>QUANTIAS SEGURADAS</b>			
<b>Morte</b>	<b>Invalidez</b>	<b>AMDS</b>	<b>DH</b>
Executado por	Revisado por	Autorizado por	
Parecer do Departamento Médico			
Anotações Suplementares			

**Seguros SURA\***

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000

[www.segurossura.com.br](http://www.segurossura.com.br)



**AUTORIZAÇÃO PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE COM QUITAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO E SUB – ROGAÇÃO DE DIREITOS**

<b>Sinistro:</b>	<b>Processo nº:</b>
<b>Segurado:</b>	<b>Natureza:</b>
<b>Apólice:</b>	<b>Data da ocorrência:</b>
<b>Cobertura:</b>	<b>Analista:</b>

\_\_\_\_\_, devidamente inscrito CPF/ME sob o nº. \_\_\_\_\_, na qualidade de beneficiário autoriza a **Seguros SURA S/A**, a creditar na conta corrente abaixo indicada, indenização no valor de \_\_\_\_\_, decorrente do sinistro acima mencionado mediante observações constantes nas Cláusulas Gerais e Especiais do seguro contratado.

<b>Código do Banco:</b>	<b>Nome do Banco:</b>
<b>Conta Corrente:</b>	<b>Nº da Agência:</b>
<b>Nome da Agência:</b>	<b>CPF/CNPJ:</b>

(\*) Não serão aceitas conta-poupanças ou contas exclusivas para recebimento de benefícios do INSS

Observações:

1. O depósito não será realizado em conta corrente cuja titularidade não seja do segurado ou beneficiário;
2. A presente autorização não obriga a Seguradora ao pagamento, senão depois de devidamente ratificada pela mesma;

O Segurado, Beneficiário e/ou Representante Legal, abaixo assinado, declara sob pena de perda de direitos, que as informações prestadas são exatas em todos os seus detalhes e ocorrendo eventual erro, omissão ou equívoco nas informações prestadas, que não é de responsabilidade da Seguradora qualquer novo pagamento da obrigação principal ou acessória.

Obriga-se ainda, a fornecer à Seguradora ou facilitar o seu acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, bem como, documentos necessários para a apuração dos prejuízos e determinação da indenização.

Em virtude do respectivo depósito, diretamente na conta do Segurado, Beneficiário e/ou Representante Legal, este dá, por meio do presente termo à **Seguros SURA S/A**, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada lhe reclamar com base no acima exposto ou em decorrência do mesmo, servindo o comprovante de depósito ou transferência bancária em conta para todos os fins de comprovação de quitação do referido valor.

Após este pagamento a **Seguros SURA S/A**, ficará sub-rogada até o limite do valor indenizado e seus gastos, em todos os direitos, demandas, ações e reclamações do presente Segurado, Beneficiário,

**Seguros SURA\***

Avenida das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 Tel.: 11 3556 7000  
[www.segurossura.com.br](http://www.segurossura.com.br)



Representante Legal e/ou das Empresas e Pessoas seguradas contra aqueles que por ato, fato, ação, omissão, negligência, imperícia, imprudência, erro, dolosa ou culposamente, tiverem causado os prejuízos ou que para ele tenham concorrido, ou ainda contra aqueles que de alguma e qualquer forma e modo forem responsáveis pela reparação civil, contratual ou criminal dos danos ocasionados ou reposição dos bens danificados.

Local e Data:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Segurado ou Beneficiário sob Carimbo

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE DECLARAÇÃO

(Qualificação dos declarantes): nome completo, estado civil, profissão, (RG nº e CPF/MF), residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, **DECLARA** para os devidos fins que \_\_\_\_\_, (Qualificação do Segurado): nome completo, estado civil, profissão, (RG nº e CPF/MF), residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, faleceu em \_\_\_\_\_, na condição de (casado, solteiro, viúvo, separado judicialmente divorciado ou vivendo no regime de união estável), **(deixando ou não companheira\*)**, **(deixando ou não esposo(a)\*)**, (sem deixar ou deixando filho), (sem deixar ou deixando bens particulares) deixando somente os seguintes herdeiros (anotar o nome dos herdeiros):

(Nome dos descendentes, data de nascimento de todos descendentes e informar o parentesco) e/ou

(Nome da companheira/cônjuge, data de nascimento da companheira/cônjuge e informar o parentesco) e /ou

(Nome dos ascendentes, data de nascimento de todos os ascendentes e informar o parentesco – apenas quando o segurado não tiver deixado descendentes)

**Por ser expressão da verdade, sem qualquer tipo de vício de manifestação da vontade ou consentimento, assinamos a presente, assumindo a responsabilidade civil e criminal pelas informações prestadas.**

[Local / Data ]

\_\_\_\_\_  
[Assinatura dos(a) declarantes]

Testemunhas:

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

RG: RG:

CPF: CPF:

(Reconhecimento de Firma Obrigatório de todos)

(Os declarantes devem ter relação de parentesco com o segurado)

(O modelo não deverá ser alterado, sendo que deverá ser informado o nome de todos os herdeiros em uma única declaração)

(Esposa (o) e companheira(o) não são a mesma pessoa, portanto, diferencia-los durante o preenchimento. Caso não tenha deixado companheira(o) informar que não deixou companheira.