**SEGURADORA:**

**APÓLICE:**

# AVISO DE SINISTRO RCP – PESSOA JURIDICA

**SEGURADO: ESPECIALIDADE/ATIVIDADE PRINCIPAL:**

**CNPJ: INSCRIÇÃO ESTADUAL:**

**MEDICO RESPONSÁVEL: CRM Nº**

**TELEFONE: E-MAIL:**

**ENDEREÇO:**

**CIDADE/ ESTADO: CEP:**

**EXISTE SEGURO CONTRATADO COM MAIS DE UMA SEGURADORA? EM CASO POSITIVO, QUAL OU QUAIS?**

**ANTES DA SEGURADORA ATUAL, EXISTIA SEGURO CONTRATADO EM OUTRA SEGURADORA? EM CASO POSITIVO, QUAL OU QUAIS?**

**É SÓCIO TITULAR DE ALGUMA PESSOA JURÍDICA? EM CASO POSITIVO, INFORMAR O NOME e CNPJ DA EMPRESA:**

**DATA DO ATO PROFISSIONAL QUE GEROU A RECLAMAÇÃO:**

**DATA NA QUAL TEVE CIÊNCIA DO SINISTRO (RECEBIMENTO DA CITAÇÃO):**

**Obs: se existir seguro em outra Cia anterior à Cia. atual ou ainda se existir seguro em mais de uma Cia, obrigatório o envio das cópias das apólices.**

**RELATO MÉDICO DETALHADO DOS FATOS E DESDOBRAMENTOS (*DIGITADO*):**

**LOCA/ DATA:**

**ASSINATURA :**