

**MAPFRE
SEGUROS****FORMULÁRIO
AVISO DE SINISTRO –
REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS DMHO**

Nome do Estipulante:		CNPJ:
Nome do Sub-Estipulante:	Número da Apólice:	CNPJ:
Nome do Corretor:		

DADOS DO SEGURADO /RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Nome do Segurado			CPF	
Data de Nascimento	Estado Civil	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ocupação	
Endereço Residencial		Nº.	Complemento	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP	(DDD) Telefone	Email:
Nome Comunicante:		(DDD)Telefone:	Email:	

DADOS DO ALUNO (Educativo)

Nome do Aluno		Data de Nascimento
Grau de Parentesco com o Segurado	Série	Nº. Matrícula
Mensalidade no mês do Evento	Data do pagamento da mensalidade	

DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS**Reembolso das Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológica por Acidente – DMHO por Acidente****Cópia simples:**

- RG, CPF e comprovante de endereço atualizado do Segurado e do responsável pelo pagamento;
- Contrato de Prestação de Serviços Educacionais; (para produto educacional)
- Certidão de Nascimento do Aluno (quando menor).
- BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), se houver.
- Prontuário de Atendimento da Emergência com o carimbo do médico que prestou o atendimento
- Cópia dos 03 últimos holerites / ficha de registro de empregados (se houver)

Original:

- Notas Fiscais e Recibos Originais das Despesas Médicas, Hospitalares e ou Odontológicas (descrever os valores de cada procedimento). As Notas fiscais de despesas com medicamentos devem estar acompanhadas das respectivas prescrições médicas.
Quando Pessoa jurídica, encaminhar Nota Fiscal;
Quando Pessoa Física encaminhar Recibo assinado e carimbado com número do Registro Profissional;
- Relatório Médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico responsável pelo atendimento (vide verso)
(em caso de Aulas Particulares solicitar ao médico que informe o período de afastamento);
- Recibo assinado e carimbado com número do Registro Profissional/certificado do professor (em caso de aulas particulares);
- Autorização de pagamento de Sinistro Crédito em Conta (conforme formulário FR 471 – Registro de Info Cad e Autorização de Pagamento – Canal Corretor);
- Aviso de Sinistro devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo Segurado e pela Instituição de Ensino.

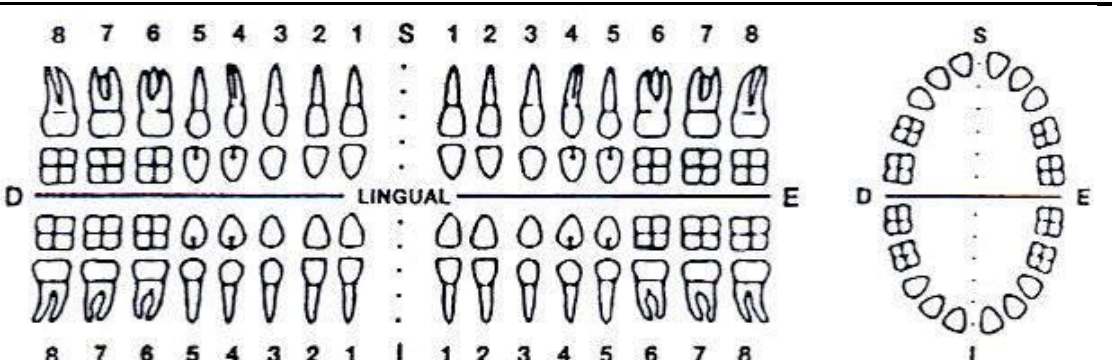
Importante: Serão solicitados outros documentos contemplados pela legislação em vigor, caso a Seguradora julgue necessários.

DESCRIPTIVO DO EVENTO (ACIDENTE)

Nome do Segurado /Aluno:		
Data do evento:	Hora do evento:	Local onde ocorreu o evento:
Descrever abaixo, detalhadamente, o evento ocorrido e todos os procedimentos adotados para o pronto atendimento:		
Assinatura e Nome completo da pessoa responsável pela descrição acima		
Local e Data:		Carimbo e assinatura da Instituição de Ensino:

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do Paciente
Diagnóstico:
Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado. Ao descrever as lesões deixar uma noção clara das mesmas (Dimensões, Localizações, etc.)

1.1 Data do evento	1.2 Data do primeiro atendimento	1.3 Quem lhe descreveu o evento?
1.4 Quais as lesões ocorridas diretamente pelo trauma (Detalhar Diagnósticos / CID): ?		
		
1.5 As lesões contatadas são diretamente consequentes de causa traumática. <input type="checkbox"/>SIM <input type="checkbox"/>NÃO ? Indique as causas		
1.6 As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente ou doença? Indique as causas		
1.7 Quais foram os primeiros socorros e Tratamento Imediato?		
1.8 A que tratamento foi submetido posteriormente?		



**MAPFRE
SEGUROS**

**FORMULÁRIO
AVISO DE SINISTRO –
REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS DMHO**

1.9 Houve internação hospitalar? Fornecer data e nome do hospital
1.10 Sofreu alguma cirurgia? Qual (is)? Em que data?
1.11 Encontrou alguma patologia ou sequela pré-existente que pudesse ou não agravar as lesões sofridas? Quais?
1.12 Qual período total de afastamento médico necessário para o tratamento por acidente ?
1.13 Encontrando-se o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta médica e a que terapêutica está sendo submetido?
1.14 Ficará o segurado com alguma invalidez. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ? Descreva em detalhes:
1.15 Classifique em percentual de 0 a 100% a invalidez permanente de cada região em separado
1.16 Observações adicionais que julgar necessárias

**O ABAIXO ASSINADO, DECLARANTE, RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO DAS INFORMAÇÕES
ACIMA :**

Nome do médico		CPF
Endereço completo		Bairro
Cidade	CRM Número	Telefone (DDD,Telefone,Ramal)
Assinatura do médico	Local e Data (carimbo do médico assistente)	
	Carimbo com CRM do médico assistente	
	Cartório para possível reconhecimento de firma	
	Endereço do Cartório	