

AVISO DE ACIDENTE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO

DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO PRINCIPAL					
Nome		CPF		Data de nascimento / /	
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
E-mail					
Profissão		Período de Afastamento do Trabalho		Período do Tratamento Médico	
DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO SINISTRADO (Preencher apenas se o Segurado Sinistrado for diferente do Segurado Principal)					
Nome		CPF		Data de nascimento / /	
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
E-mail			Grau de parentesco com o Segurado:		
DADOS DO SINISTRO (Preenchimento obrigatório)					
Local de ocorrência do sinistro		Data da ocorrência / /	Hora da ocorrência	Em serviço <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros			Em caso de Acidente Automobilístico: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Pedestre		
Evento registrado por autoridade policial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Foi realizado Exame Necroscópico/Corpo e Delito? (em caso positivo, anexar cópia) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Foi realizado Exame de Dosagem Alcoólica? (em caso positivo, anexar cópia) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Descreva detalhadamente o evento ocorrido, as suas causas e consequências:					
Houve Internação Hospitalar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome do Hospital	Data da Internação / /	Data da Alta / /	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO					
<p>AUTORIZO, A PREVISUL SEGURADORA OU SEU REPRESENTANTE A REQUERER INFORMAÇÕES JUNTO A MÉDICOS, EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, CONVÊNIOS MÉDICOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PÚBLICAS OU PRIVADAS, SOLICITAR CÓPIAS DE FICHAS MÉDICAS, PRONTUÁRIOS CLÍNICOS, RESULTADOS DE EXAMES E RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO.</p> <p>AUTORIZO QUE OS REFERIDOS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES AO REPRESENTANTE E AUTORIZADO DA SEGURADORA COM A FINALIDADE EXCLUSIVA DE ANÁLISE À SEGURADORA.</p>					

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

FOP 007

ATESTADO DEFINITIVO DO MÉDICO ASSISTENTE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (Preenchimento obrigatório)					
Nome do Segurado			CPF		Data de nascimento / /
Data do Acidente / /		Data do Primeiro Atendimento / /		Quem lhe descreveu o acidente?	
Como foi descrito o acidente?					
Quais as lesões ou moléstias apresentadas pelo Segurado logo após o acidente? Descreva as lesões sofridas e os segmentos/órgãos afetados (extensão, largura, profundidade, etc.)					CID
A que tratamento foi submetido o Segurado? Qual a medicação prescrita?					
Nome do Médico			CRM		Especialidade
Endereço Comercial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade		UF	DDD Telefone

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM