

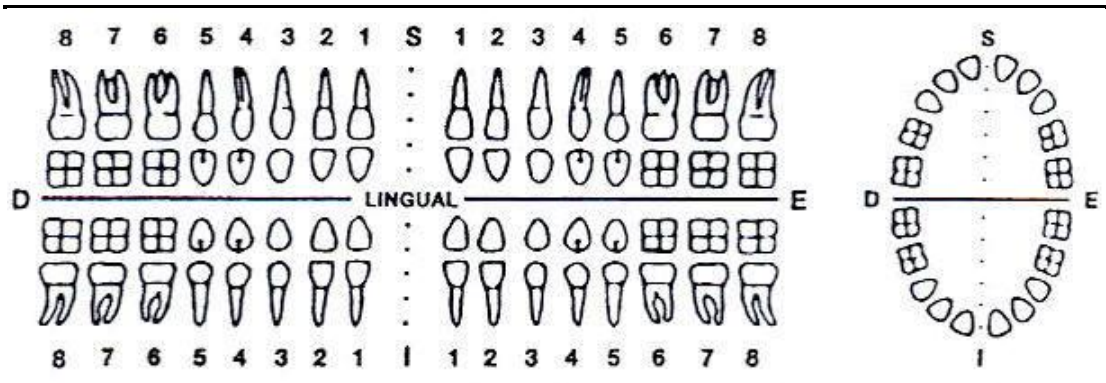
Nº do bilhete:
DADOS DO SEGURADO (A)

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	
Nome Comunicante:		(DDD)Telefone:	E-mail:	

DESCRIPTIVO DO EVENTO (ACIDENTE)

Nome do Segurado:		
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:	Assinatura:	

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.)
RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

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?
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	

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Reembolso das Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Nacional e Internacional:

- Formulário Aviso de Sinistro de Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Nacional e Internacional - SegurViaje, com informações gerais, sendo todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- Cópias do RG (Registro Geral) ou do RNE (Registro Nacional para Estrangeiros), do CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência do Segurado e do Beneficiário;
- Cópia do Boletim de Ocorrência (se houver);
- Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho;
- Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o Segurado for condutor de veículo;
- Exames, relatórios e laudos médicos que confirmem o sinistro;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas com a discriminação dos custos por serviço. As Notas fiscais referentes às despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas e cópia de recibo assinado pelo Segurado, indicando o valor que foi reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT, em caso de sinistro ocorrido em território nacional;
- Tíquete com a comprovação de embarque;
- Formulário solicitação de reembolso SegurViaje / Autorização de pagamento / Registro de informações Cadastrais – Pessoa Física Circular SUSEP 442/12.

Em caso de Viagem Internacional, além dos documentos citados acima, adicionar o seguinte documento:

- Cópia da P.I.D. - Permissão Internacional para Dirigir, em caso de acidente de trânsito e se o Segurado for condutor de veículo.

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