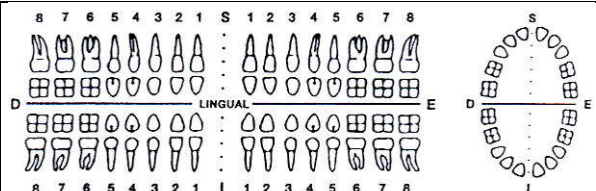


DADOS DO ESTIPULANTE							
Estipulante						Nº. da Apólice	
DADOS DO SUBESTIPULANTE							
Subestipulante							
DADOS DO SEGURADO/RESPONSÁVEL							
Nome do Segurado				Matrícula		CPF	
Data de Nascimento / /	RG/RNE	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Nacionalidade		Naturalidade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço							
Bairro			Cidade	Estado		CEP	
Telefone (DDD)			Fax	E-mail			
DADOS DO ACIDENTE							
Data da Ocorrência			Horário	Local da Ocorrência			
Descreva como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências:							
DADOS DAS TESTEMUNHAS (Indique as pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado, após o acidente)							
Nome							
Endereço					Telefone (DDD)		
Nome							
Endereço					Telefone(DDD)		
INFORMAÇÕES GERAIS							
Indique o nome da pessoa que prestou os primeiros socorros, a data e horário desta providência			Data	Horário			
Intervi alguma autoridade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se realizado informe o Nº do BO (Boletim de Ocorrência)				Nº do Distrito Policial		
Onde está atualmente o acidentado? <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Outro Local indique:							
Outras Informações que julguem necessárias:							
DADOS DO PAGAMENTO PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE							
O pagamento deverá ser emitido em nome de:			CPF/CNPJ				
Nome do Banco		Nº do Banco	Agência		Conta Corrente		
Local		Data	Nome e Assinatura do Responsável pelas Informações				
PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTE							
<ol style="list-style-type: none"> O seguro sistema de livre escolha, proporciona ao segurado acidentado atendimento pelo médico ou dentista em hospital de sua opção. Entregar os formulários: Aviso de Acidente e Relatório do Médico-Assistente ao médico ou dentista que prestou atendimento. Anexar aos formulários às receitas médicas, notas fiscais originais com carimbo de quitação ou recibos de farmácias (com remédios do tratamento discriminados), hospitais, clínicas ou profissionais (especificando os valores de diárias hospitalares, honorários profissionais, exames, medicamentos e etc.). Anexar o Boletim de Ocorrência quando houver interferência Policial e CNH caso o segurado seja o condutor do veículo. Anexar documentos do segurado (acidentado) e do CPF e RG/RNE do favorecido para emissão do crédito em conta. A MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A. reserva-se ao direito de solicitar, a qualquer tempo documentos que auxiliem na elucidação do evento em questão. Fica entendido e acordado que o médico-assistente do segurado, se solicitado deverá prestar informações à MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência, como seu representante ou responsável médico. O reembolso será efetuado pela MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência de acordo com as Condições Gerais e Especiais da apólice acima mencionada. Em conformidade às normas do Ministério da Fazenda, os recibos médicos/odontológicos devem ser sempre unitários, com tipo de tratamento e data dos serviços prestados especificados, devidamente carimbados, assinados e lavrados em papel timbrado com os números do CRM/CRO, CNPJ e ISS do Médico-Assistente/Dentista. O encaminhamento do Recibo de Despesas Hospitalares, quando necessário, deverá ser acompanhado da respectiva fatura claramente discriminada quanto à natureza dos serviços prestados. Os medicamentos ministrados deverão ser discriminados separadamente 							
Observação: Na ausência dos dados para crédito em conta corrente o cheque correspondente será emitido a favor do interessado descrito nas notas fiscais, Não sendo de responsabilidade da MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A. a posterior troca do cheque por falta ou erro na informação do beneficiário correto.							
O aviso não caracteriza cobertura securitária nem a responsabilidade pelo sinistro, deixando-o pendente, até que os itens acima sejam cumpridos integralmente.							

DADOS DO ATENDIMENTO		SEGURADO:	
Data do primeiro atendimento médico/odontológico		Emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Descrição detalhada das lesões produzidas (diagnóstico/CID definitivos):			
As lesões constatadas são diretamente conseqüentes da causa traumática: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se indiretamente, qual a causa:	
Conseqüências do Acidente <input type="checkbox"/> Assistência Médica (DMHO) <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Parcial		<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total <input type="checkbox"/> Invalidez Temporária	
Tempo necessário para que o acidentado volte a exercer suas ocupações habituais?		Dias	Meses Anos
Algum defeito físico, lesão ou doença preexistente foi encontrado no acidentado, que não relacionado com o trauma em pauta? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Detalhe: Defeitos Físicos:		Lesões:	Doenças:
Este defeito, lesão ou doença pode agravar ou aumentar as conseqüências do acidente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Houve agravamento das lesões causadas pelo acidente por falta de cuidados médicos/odontológicos imediatos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
O Tratamento foi efetuado foi de caráter <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório		Necessitará posteriormente de outro tipo de tratamento na mesma região/dente? Caso afirmativo descreva: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Descreva:			
Diagnóstico definitivo das lesões diretamente produzidas pelo trauma em pauta (especificar com precisão anatômica a sua localização/anexar radiografias dos dentes)			
			
Tratamento médico/odontológico instituído com as respectivas datas (citar remédios do prontuário):			
Descrição do ato(s) cirúrgico(s) com a(s) respectiva(s) data(s) (citar remédios do prontuário):			
Houve complicações intercorrentes? Em caso afirmativo descreva abaixo: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Nome do Hospital onde foi prestada a Assistência Médica:			
Data da Internação / /	Data da Alta / /	Data da Alta Definitiva / /	
Tipo e período do tratamento fisioterápico			
Haverá necessidade de atendimento médico/odontológico posterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Descreva as seqüelas de caráter permanente, porventura existente: (no caso de amputação de mão ou pé especificar com precisão anatômica sua localização)			
Nome do Médico/Dentista:			
Especialidade	Tel. P/ contato	CRM/CRO	
Endereço	Cidade	Estado	
Local	Data	Assinatura e Carimbo do Médico /Dentista	
Atenção: É obrigatório o carimbo e a assinatura do profissional responsável pelas informações prestadas.			