

FOP 007

**AVISO DE ACIDENTE  
DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO**

| DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO PRINCIPAL   |     |  |   |   |             |
|--|-----|--|---|---|-------------|
| Nome   |     | CPF  |   | Data de nascimento<br>/ /   |             |
| 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<br>/ /   |             |
| 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<br>/ /  | Hora da ocorrência  | Em serviço<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |             |
| Tipo de Acidente<br><input type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros   |     |  | Em caso de Acidente Automobilístico:<br><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?<br>(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<br>/ /   | Data da Alta<br>/ /   |             |
| TERMO DE AUTORIZAÇÃO   |     |  |   |   |             |
| <p><b>AUTORIZO</b>, 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><b>AUTORIZO</b> 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<br>/ / |
| Data do Acidente<br>/ /  |     | Data do Primeiro Atendimento<br>/ / |     | 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<br>Telefone           |

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM