



FORMULÁRIO
COMUNICAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE
(IPA/IPTA) E DESPESAS MÉDICAS,
HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO).

CÓDIGO	FR.163
VERSÃO	V002-2016
REFERÊNCIA	N.062

DADOS DO COMUNICANTE

Nome completo:

Telefone:

e-mail:

DADOS DO SINISTRADO

Nome completo do sinistrado:

CPF

Classificação:

Titular: Cônjuge: Filho:

Trabalhou a última vez em:

/ /

Aposentado:

Sim **Não** , se **SIM** desde quando / /

Qual o motivo da aposentadoria:

Tempo de Serviço: **Invalidez por Doença:** **Invalidez por Acidente:** **Por Idade:**

DADOS DO SEGURADO

Nome do segurado titular:

CPF do segurado titular:

Estipulante:

Ramo/Apólice:

Número do Certificado:

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Data do Acidente:

Data do Atendimento Médico:

Local do Acidente:

Município:

UF:

Hora:

CEP:

Atividade exercida no momento do acidente:

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE

As lesões constatadas são diretamente consequentes de causa traumática?

Sim **Não**

Em caso negativo, qual é a causa?

Quais as lesões sofridas?

Houve internação hospitalar? Se sim, informar data e nome do hospital.

Sofreu alguma cirurgia? Qual (is)? Em que data?

Encontrou alguma doença ou seqüela preexistente que agravou as lesões sofridas? Quais?

Qual o tratamento?

Encontra-se o segurado com alta médica definitiva?

Sim **Não**

Desde que data?

Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para alta e que tratamento será realizado?



FORMULÁRIO
COMUNICAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE
(IPA/IPTA) E DESPESAS MÉDICAS,
HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO).

CÓDIGO	FR.163
VERSÃO	V002-2016
REFERÊNCIA	N.062

Ficará o segurado com alguma invalidez? Sim Não

Em caso de invalidez, classifique:

Parcial e temporária **Parcial e Permanente** **Total e temporária** **Total e permanente**

Em caso de invalidez parcial e permanente, descreva-se com detalhes:

Em caso de invalidez parcial e permanente, como classificaria o percentual de (0 a 100) de perda do órgão lesado?
Descrever separadamente.

DADOS DO MÉDICO

Nome legível do médico:		CRM:	
Endereço Residencial:		Número:	Complemento:
Bairro:		CEP:	
Cidade:	UF:	Telefone (DDD):	

Local e Data

Assinatura do Médico

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Documentação Básica:

- Aviso de Sinistro (FR.163);
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento (FR.471) do segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) do segurado (caso seja condutor de veículo envolvido);
- Comprovante de vínculo empregatício do segurado: 3 últimos holerites (caso o segurado tratar-se de funcionário da empresa estipulante).

Além da Documentação Básica, em caso de IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente), enviar:

- Laudos de exames realizados no tratamento (radiografia, ressonância, etc.)
- Relatório Médico, informando as sequelas do acidente em percentual, por segmento e data de alta médica e fisioterápica definitivas.

Além da Documentação Básica, em caso de DMHO (Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas), enviar:

- Notas Fiscais e Recibos originais (em caso de despesas com medicamentos e fisioterapia deverá ser apresentado junto as notas/recibos a prescrição médica);
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do contratante das notas;
- Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento (FR.471) do contratante das notas.