



## **DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE**

-

### **DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas**

1 - Aviso de sinistro DMHO.

**Segurado:**

- 2 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
- 3 - Cópia simples do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior à ocorrência;
- 4 - Boletim de Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar;
- 5 - Cópia simples da CNH - Carteira Nacional de Habilitação, do condutor do veículo envolvido no acidente;
- 6 - Cópia simples de comprovante de conta bancária em nome do segurado;
- 7 - Cópia simples de um comprovante de residência do segurado com CEP;
- 8 - Declaração do Médico Assistente DMHO;
- 9 - Originais dos comprovantes das despesas médicas, hospitalares e odontológicas devidamente acompanhados da prescrição médica.

**Se da categoria motocistas ou motoboys acrescentar:**

- 10 - Documentos de permissão para atuar na profissão;
- 11 - Boletim do Pronto Atendimento Hospitalar ou Emergência (SAMU);
- 12 - CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho ou outro documento que comprove a atividade.



# AVISO DE SINISTRO - DMHO

DATA DO SINISTRO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

CPF:	NOME DO(A) SEGURADO(A):		
NOME SOCIAL DO(A) SEGURADO(A):			
OBRIGATÓRIO EM CASO DE SEGURO APP	PLACA DO VEÍCULO	MODELO DO VEÍCULO	RENAVAM
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
LOCAL DE OCORRÊNCIA E DESCRIÇÃO DO SINISTRO:			
Possui Domicílio Fiscal em outro País? ( ) Não ( ) Sim Qual País?			
Vossa Senhoria é Pessoa Politicamente Exposta (PPE)? ( ) Não ( ) Sim Qual motivo?			

\*O preenchimento do campo 'Nome Social' não é obrigatório.

**Estou ciente que:** as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade; o referido crédito somente será efetuado na conta corrente de minha titularidade após conclusão da análise e de acordo com o regulamento do plano e/ou condições gerais do seguro; que a MBM não se responsabilizará por encargos e/ou multas possam ocorrer em decorrência de insuficiência das declarações prestadas.

**Atenção:** A conta corrente/poupança informada deve **obrigatoriamente** estar em nome do favorecido

Para evitar reprogramação de pagamento as seguintes contas não devem, de forma alguma, serem indicadas: conta salário e/ou benefício; conta conjunta quando o favorecido não for o titular; conta tipo FÁCIL: ver limite de movimentação mensal; conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF; conta Poupança: operação 013 da CEF aberta em lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; Conta Bloqueada ou Inativa; Conta de Cooperativa de Crédito.

Autorizo a MBM Previdência e Seguros a realizar o pagamento, conforme abaixo indicado, desde que seja deferido.

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ N° da Conta: \_\_\_\_\_

Tipo de Conta: ( ) Corrente ( ) Poupança

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente



# DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - **DMHO** DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:		
DATA DA DO ACIDENTE ____/____/____	DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO ____/____/____	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ____/____/____
COMO FOI DESCRITO O ACIDENTE?		
QUAIS AS LESÕES OCORRIDAS? (INDICAR CARÁTER, EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE)		
A QUE TRATAMENTO(S) O PACIENTE FOI SUBMETIDO?		
DIAGNÓSTICO:	CID	
QUAL MEDICAÇÃO PRESCRITA?		

**O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA**

NOME DO MÉDICO:		Nº CRM:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	