



## AVISO DE SINISTRO: PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

### DECLARAÇÕES DO SEGURADO

Nome do Segurado/Requerente				CPF	
Endereço				Bairro	
Cidade	CEP	UF	Data de Nascimento __/__/__	Telefone (DDD, Ramal, etc)	
Profissão			E-mail:		
<input type="checkbox"/> Segurado Principal			<input type="checkbox"/> Dependente		
Data do(s) procedimento(s) anestésico(s)?					
Local e Data					

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo a MBM Previdência e Seguros a creditar em minha conta corrente/poupança o valor do resgate, desde que o mesmo seja deferido.

Nome do Segurado/Requente: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

Possui domicílio fiscal em outro País? ( ) Não ( ) Sim. Qual País? \_\_\_\_\_

Vossa Senhoria é Pessoa Politicamente Exposta (PPE)? ( ) Não ( ) Sim. Por qual motivo? \_\_\_\_\_

**Estou ciente que:** as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade; o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente/poupança após a conclusão da análise e de acordo com o regulamento do plano; a MBM não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer em decorrência de insuficiência das declarações prestadas; a conta corrente/poupança informada deve obrigatoriamente estar no nome do participante; caso opte por recebimento no caixa da matriz da MBM, em Porto Alegre/RS, o pagamento será através de cheque cruzado, nominal e intransferível.

**Atenção:** Para evitar reprogramação do pagamento as seguintes contas não devem, de forma nenhuma, serem indicadas: Conta de pessoa jurídica; Conta salário e/ou benefício; Conta conjunta quando o beneficiário não for o titular; Conta tipo FÁCIL: ver limite de movimentação mensal; Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal); 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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Segurado/Requerente

### DADOS DO CORRETOR

Nome do corretor	
E-mail	Telefone

### LOCAL DESTINADO AO MBM

Recebido por (nome legível e carimbo):	Data de Recebimento
--	---------------------

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO

Nome do Paciente

Nome do Procedimento

Código do Procedimento

( a )

( b )

( c )

( d )

( e )

Data dos Procedimentos

Data do início da moléstia

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Observações:**

Data da primeira consulta

Data da última consulta

Diagnóstico definitivo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qual o histórico da moléstia do paciente?

Quais exames foram realizados?

Qual o motivo do procedimento realizado?

Descreva a localização, segmento, órgão, vértebra, lado, etc.

Qual diagnóstico definitivo?

O paciente já foi submetido a exame invasivo para diagnóstico de patologia relacionada diretamente ou indiretamente ao atual evento? (exemplos: cateterismo, endoscopia, laparoscopia, etc.)? Qual(is) exame(s)? Quando?

O paciente já foi submetido a procedimento cirúrgico relacionado à patologia atual ou relacionado à mesma doença-base? (exemplos: recidiva, complicação de procedimento, artrodese ou laminectomia em outro segmento da coluna, desobstrução arterial em outro segmento corporal, etc). Qual(is) procedimento(s)? Quando?

Este procedimento foi realizado por médico anestesiológista?

Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica?

Sim  Não

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

Nome do Médico

CPF

Endereço (Rua, número, complemento)

Bairro

Cidade

CRM

Telefone (DDD, Ranal, etc)

Reconhecimento da Firma

Local e Data

Assinatura e Carimbo do médico