



**Solicitação de Seguro de Acidentes Pessoais para  
Alunos, Professores e Pesquisadores  
Colaboradores da Unicamp em Viagens  
Internacionais**



Esse formulário deverá ser assinado e enviado à DGA/Seguros com antecedência de 05 dias úteis.

Unidade/Órgão IE/CPG	
Telefone 10330	E-mail do Responsável para a Contratação iecopos@unicamp.br
Recursos Orçamentário (pago pelo Instituto / Unidade)	
Centro orçamentário(C.O.) / Conta Local (C.L.) 26	

**Dados da Viagem**

Origem (Cidade, Estado, País) São Paulo, São Paulo, Brasil	Destino (País) Estados Unidos
Data de Início (Início da Cobertura) 25/02/2020	Data de Retorno (Fim da cobertura, chegada à origem) 02/03/2020
Justificativa Apresentação de trabalho em congresso internacional	

**Dados do Passageiro**

Nome completo Gabriel Petrini da Silveira	
E-mail (O Voucher será enviado a este e-mail e o interessado deverá portá-lo durante a viagem) gpetrinidasilveira@gmail.com	CC
Celular (Para contato sobre o "Voucher")	Sexo Masculino
CPF 380.701.478-06	Data de nascimento 07/07/1996
Endereço Residencial Rua Teófilo do Amaral Campos	Número 318
CEP 13390-085	Complemento
Bairro Centro	Cidade Rio das Pedras

**Contato na Ocorrência de Sinistro**

Nome Patricia Cistrina Petrini	Telefone 19997775526
Assinatura do Interessado	Carimbo/Assinatura do Diretor da Unidade/Órgão Data: / /