

En la ciudad de _____, a los _____ del mes de _____ del 202 .

Director/a Ejecutivo/a

Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito

Presente. -

Yo, señor/a _____, con número de identificación _____, en calidad de _____, por medio del presente, ingreso la carpeta de **gastos médicos** de la víctima _____, para lo cual adjunto, lo siguiente:

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA SOLICITUD DEL PAGO DE LA PROTECCIÓN POR GASTOS MÉDICOS – SERVICIO AMBULATORIO/CONSULTA EXTERNA (Art. 75)			
No.	DOCUMENTOS	SI	NO
1	Formulario para justificar los gastos médicos, el cual deberá contener toda la información requerida, con la respectiva firma de responsabilidad.		
2	Certificado bancario del beneficiario o representante legal con vigencia máxima de 6 meses <i>(con restricciones sobre tipos de cuenta; y para extranjeras con los requisitos de conformidad al numeral 3 del art. 75 de la Norma Técnica del SPPAT)</i> .		
3	Copia certificada del parte policial validado por autoridad competente <i>(y/o denuncia en FGE + informe técnico de reconocimiento de hechos)</i> .		
4	Copia certificada del formulario 002 consulta externa, en el que se describa la relación del accidente de tránsito con la víctima, con la firma y sello correspondiente del profesional de la salud.		
5	Facturas originales físicas o electrónicas de gastos médicos deberán ser emitidas a nombre del paciente, cuando sea emitida por terceras personas, esta deberá contener la identificación del paciente. Deben adjuntar el soporte de las mismas, con desglose unitario y detalle de los servicios.		

DOCUMENTOS MÉDICOS ADICIONALES (SI EL CASO APLICA)			
No.	DOCUMENTOS	SI	NO
1	Fisioterapias, copias certificadas de la indicación médica en la que conste la firma y sello correspondiente del médico especialista y registro diario de las terapias recibidas, con firma de responsabilidad del profesional que realiza el procedimiento. Se reconocerán 10 sesiones, y en caso de requerir más terapias se necesita una nueva evaluación e indicación médica del especialista.		
2	Copia certificada de los pedidos y los resultados de los exámenes de laboratorio firmados y sellados por el profesional de la salud.		
3	Copia certificada de los pedidos y los resultados de los estudios de imagen firmados y sellados por el profesional de la salud.		
4	Copia certificada del formulario 033 de odontología en el que conste la relación entre el siniestro de tránsito con la víctima, firmado y sellado por el profesional odontológico responsable.		
5	Copia certificada de la Planilla de gastos de atenciones previas generadas por la atención médica o un certificado del mismo, con firma y sello de la o las instituciones de salud correspondientes.		

OBSERVACIONES

NÚMERO DE HOJAS QUE INGRESAN:

DATOS GENERALES PARA RECIBIR NOTIFICACIONES	
TELÉFONO FIJO:	
TELÉFONO CELULAR:	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA	
CORREO ELECTRÓNICO:	

* La veracidad de la documentación presentada, es de exclusiva responsabilidad del peticionario, conforme lo determinan los numerales 9 y 10 del artículo 3, y artículo 10 de la Ley Orgánica de Optimización y Simplificación de Trámites Administrativos. Cabe referir que, en caso de verificarse lo contrario, el trámite y resultado final de la gestión podrán ser negados y archivados, o los documentos emitidos carecerán de validez alguna, sin perjuicio de las sanciones y otros efectos jurídicos establecidos en la ley.

*La recepción de los documentos no significa aprobación del pago del beneficio otorgado por el SPPAT, por cuanto la misma estará sujeta a un análisis conforme lo establecido en la normativa. De la misma manera, el SPPAT se reserva el derecho de solicitar documentación adicional u otros elementos de juicio necesarios, de conformidad con lo señalado en el penúltimo inciso del artículo 75 de la Norma Técnica Del Servicio Público Para Pago De Accidentes De Tránsito, para corroborar la información presentada y garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

***Nota.** - Todo trámite en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito – **SPPAT**, es **GRATUITO**, y no será necesaria la representación de un abogado ni la intervención de intermediarios.

El presente formulario, deberá ser presentado por el usuario, en la **oficina matriz**, ubicada en la ciudad de **Quito**, **Av. Juan León Mera N26—220 y Av. Orellana. Edificio MTOP, planta baja; y a nivel nacional en las siguientes direcciones:**

CIUDAD	DIRECCIÓN
ESMERALDAS	Edificio MTOP, Planta Baja, Av. Jaime Roldó Aguilera, vía a APE, junto a la SENAE (Sector EL Puerto)
IBARRA	Av. Cristóbal de Troya 13-61 y Luis Felipe Lara junto a gasolinera Petroecuador. "Redondel de la madre".
AMBATO	Castillo y Bolívar esquina, Ex-Edificio de Correos del Ecuador, frente al Parque Juan Montalvo.
LATACUNGA	Gabriela Mistral 44233 y Sánchez de Orellana, Barrio Loreto.
RIOBAMBA	Reina Pacha y Princesa Cori, atrás del Estadio Olímpico de Riobamba.
PORTOVIEJO	Centro de Atención Ciudadana (CAC) en Portoviejo, ubicado en la avenida 15 de Abril y Calle S/N.
SANTO DOMINGO	Av. Quito y Río Chimbo. Edificio MTOP, esq. Segundo Nivel
BABAHOYO	Av. Enrique Ponce Luque, junto al colegio Ecomundo, Oficinas MTOP.
CUENCA	Av. Huaynacapac y Pisarcapac, frente a Ruinas de Pumapungo, bajos MTOP.
LOJA	Calle Bernardo Valdivieso y 10 de Agosto, en el Edif. Miduvi, tercer piso.
MACHALA	Juan Montalvo entre Bolívar y Pichincha, Edificio MTOP, planta baja.

GUAYAQUIL	Edificio «La Plata» , ubicado en la ciudadela La Garzota, piso 1 oficina 105, en la avenida Guillermo Pareja Rolando, entre Rene Idrovo y Luis Mendoza.
------------------	--

Firma del petionario/a

Nro. de Trámite SPPAT:	
Recibido por:	
Cargo:	
Fecha de recepción:	
Correo electrónico	
Firma de responsabilidad:	