

## Instruções de preenchimento

- Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;
- Ao preencher esta declaração, o médico facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente. Devem-se evitar termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas;
- Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide verso).

Obs: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de analisar o processo de benefícios.

## Dados do segurado

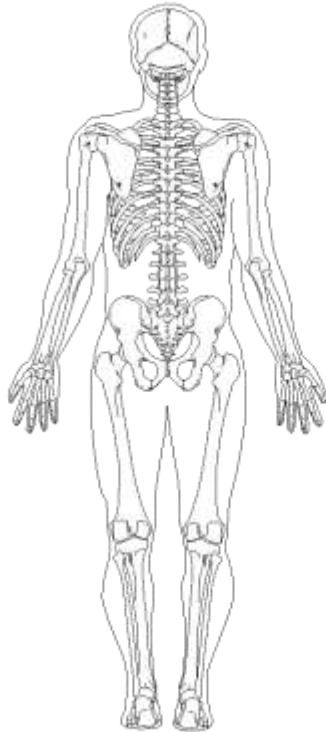
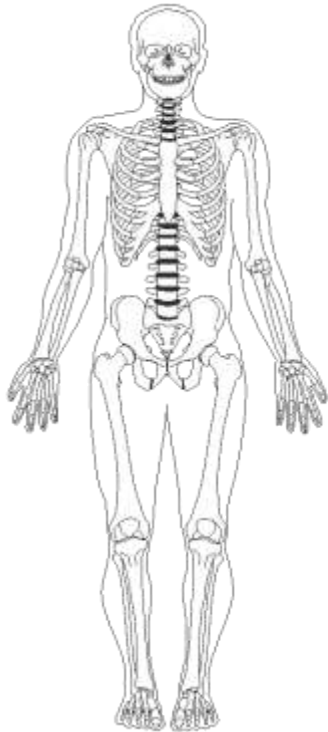
Número do Certificado ou Apólice	Número do Processo de Sinistro
Nome completo do segurado	Data do evento

## Relatório médico

Data em que o acidentado solicitou seus serviços profissionais		
Quais foram as lesões constatadas? Indique a sede, a natureza e a extensão das lesões.		
As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso negativo, descreva as causas:		
Encontrou no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso positivo, descreva quais:		
<b>EM CASO DE MORTE</b>		
Em que data e hora ocorreu a morte?		
Qual foi a causa imediata que a determinou?		
A morte resultou exclusivamente dos efeitos do acidente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outras causas contribuíram para o ocorrido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quais?		
Houve inquérito policial a respeito da morte?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Por que foi realizado?		
Foi feita autópsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>		
Onde foi tratada a vítima?		
Qual foi o tratamento clínico?		
Qual foi o tratamento fisioterápico?		

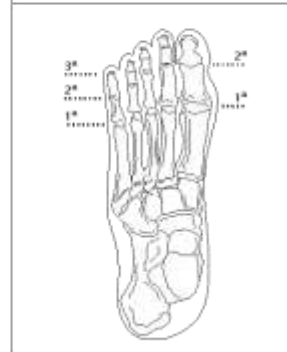
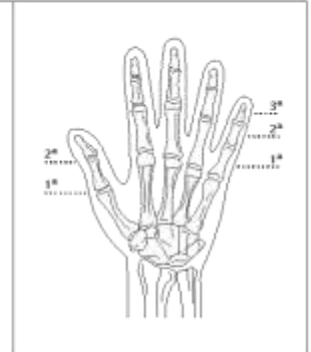
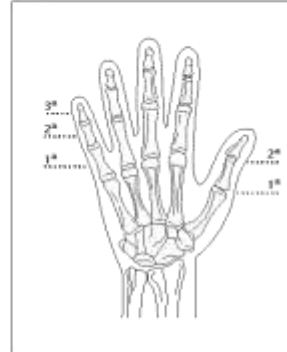
Qual foi o tratamento cirúrgico?		
Houve complicações?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, quais?		
As complicações foram consequências diretas e imediatas das lesões acidentais?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alguma causa ou doença pré-existente foi derivada de negligência do acidentado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando atendeu o acidentado pela primeira vez, ele já tivera alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Onde e por qual médico foi prestada? (informar Nome completo, CRM e Telefone)		
Data da alta médica definitiva (considerando o término do tratamento que tenha sido realizado)		
O acidentado encontra-se completamente restabelecido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se ele ainda se encontra sob os seus cuidados profissionais, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para a consolidação das lesões?		
<b>Em se tratando de Invalidez Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:</b>		
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
É alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
As lesões são diretamente de causa traumática?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual a causa?		
No seu entender, os defeitos físicos ou doenças pré-existentes podem ter agravado as consequências finais do acidente atual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Essa redução pode ser considerada de caráter definitivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?		
As partes lesadas poderão, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, qual é o tempo necessário para obter essa melhora e quais as providências que aconselha?		
Favor declarar, com a possível precisão, a percentagem da invalidez ou grau de limitação funcional (mínimo, médio ou máximo) de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva do acidente, bem como indicar as lesões no gráfico abaixo (No verso consta a tabela de indenização).		

**GRÁFICO DAS LESÕES (HACHURAR AS PERDAS E CIRCULAR AS ANQUILOSES E FRATURAS NÃO CONSOLIDADAS).**



Esquerdo

Direito



LESÃO OCULAR (acuidade visual): OD \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_ AO \_\_\_\_\_

Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente.

**Dados do médico assistente**

Nome Completo	CRM
Endereço Completo	Telefone ( )

Afirmo, pela presente, que assisti o segurado desde o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ até o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, que assinei a certidão para Registro Civil e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Assinatura do Médico

<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar. Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES</b>	
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO</b>
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total do quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo	-
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
De 4 (quatro) centímetros	10
De 3 (três) centímetros	06
Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização