

## 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	CPF
Nome Completo do Segurado	

## Relatório Médico (deverá ser preenchido e assinado pelo médico que estiver tratando do paciente)

Data que o acidentado solicitou seus serviços profissionais	
Por quais motivos?	
Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e através de qual exame foi feito?	
Data de sua primeira visita médica relativa a esta doença	Data do diagnóstico da doença
<b>O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Em caso positivo, qual(is) intervenção(ões)?	
Em qual(is) data(s)?	Em qual(is) hospital(is)?
Tratando de patologia que admita classificação ou estadiamento, favor especificá-la.	
A neoplasia maligna diagnosticada trata-se de sítio primário ou metástase?	
<b>OUTROS MÉDICOS QUE TENHAM ASSISTIDO O SEGURADO NA PATOLOGIA DECLARADA</b>	
Nome	
Endereço	Telefone (    )
Nome	
Endereço	Telefone (    )
Nome	
Endereço	Telefone (    )

**Dados do Médico Assistente**

Nome Completo	CRM
Endereço Completo	Telefone (    )
Afirmo, pela presente declaração, 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	