

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.

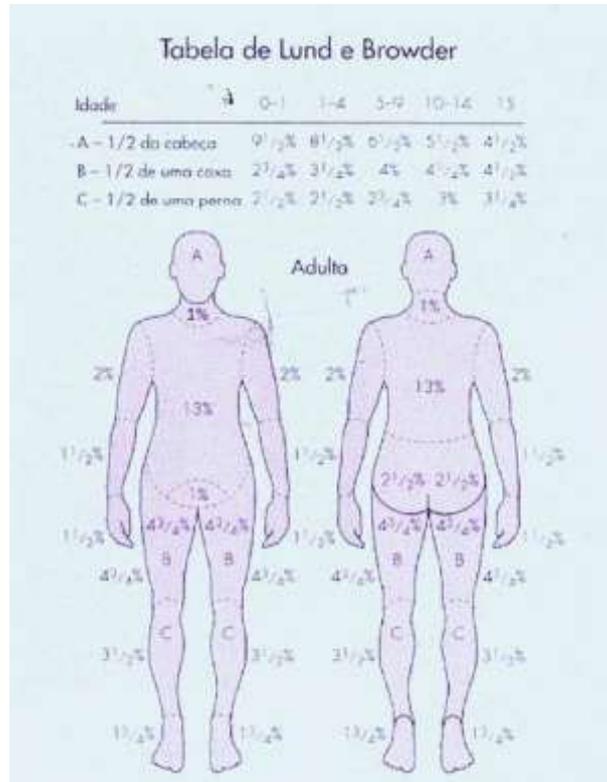
Dados do Segurado

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 alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente no acidentado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso positivo, descreva quais:		
Houve perícia IML?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Data da alta do acidentado		
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?		

GRÁFICO DAS LESÕES (LOCAL DA QUEIMADURA – INDICANDO AS ÁREAS LESIONADAS)



Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente.

Dados do Médico Assistente

Nome Completo	CRM
Endereço Completo	Telefone ()

Afirmo, pelo 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