

Assinale uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
--------------------------------------	---

Instruções para 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).
- Em caso de falecimento, anexar cópia autenticada da Certidão de Óbito.

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

Dados do Participante/Segurado

Número do Certificado ou Proposta	Número do Processo de Sinistro
Nome Completo do Participante/Segurado	Data do Evento


Relatório Médico

Data que o acidentado solicitou seus serviços profissionais	
Motivos	
Diagnóstico	
Data da primeira visita médica relativa a esta doença	Há quanto tempo o paciente esteve ou está sofrendo desta doença?
O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença?	<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)?
IMPORTANTE	
Em se tratando de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, por gentileza, queira especificá-la.	
Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do Segurado segundo a classificação funcional NYHA ou CCS	
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Qual a profissão do paciente e há quanto tempo está impossibilitado de trabalhar?	
Queira declarar, com a possível precisão, a porcentagem da invalidez de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva desta doença	

Essa redução deve ser considerada de caráter definitivo ou poderão as partes lesadas, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar? Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?			
Data em que foi considerado inválido definitivamente.			
Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:			
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Tem patologia relacionada com CID 10 N° F-10?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
EM CASO DE MORTE			
Local do falecimento	Data do falecimento	Hora do falecimento	
Causa da morte	Primária	Secundária	
O falecido tinha pleno e total conhecimento da existência da patologia que o vitimou?	<input type="checkbox"/> Sim	Desde quando?	<input type="checkbox"/> Não
Os familiares tinham conhecimento da doença que o vitimou?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Indicar o grau de parentesco e desde quando		
Quando qualquer parente ou amigo do falecido foi consultado pela primeira vez sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?			
Informar outras patologias que possam ter relação com as causas da morte, com as datas dos diagnósticos:	<input type="checkbox"/> Diabetes ___/___/___	<input type="checkbox"/> Hipertensão ___/___/___	<input type="checkbox"/> Nefropatia ___/___/___
	<input type="checkbox"/> Câncer ___/___/___	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ___/___/___	<input type="checkbox"/> Doença Neurológica ___/___/___
	<input type="checkbox"/> AIDS ___/___/___	<input type="checkbox"/> Pneumonia ___/___/___	<input type="checkbox"/> Outros ___/___/___ Especifique: _____
Você foi o primeiro médico a estabelecer tais diagnósticos? Em caso negativo, por gentileza, informe-nos quem o fez, informando nome(s) e endereço(s).			
A partir de que data foram iniciados os tratamentos relacionados com as patologias que levaram o Segurado ao óbito? ___/___/_____. Cite os tratamentos abaixo:			
Informe os resultados e datas da realização dos exames complementares relacionados com as patologias citadas anteriormente.			
Houve inquérito policial a respeito da morte?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Por que foi executado?			
Foi feita autópsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
NOMES DE OUTROS MÉDICOS QUE TENHAM ASSISTIDO O SEGURADO NAS PATOLOGIAS QUE O LEVARAM AO ÓBITO			
Nome Completo			
Endereço Completo		Telefone ()	

Nome Completo	
Endereço Completo	Telefone ()
Nome Completo	
Endereço Completo	Telefone ()
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 _____, e que as respostas acima são completas e verdadeiras.	
Local: _____ Data: ____/____/____  _____ Assinatura do Médico	