

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO																	
NOME DO SEGURADO		IDADE															
DATA DO ACIDENTE	DATA DO ATENDIMENTO POR V.SA.																
HISTÓRICO DO ACIDENTE																	
DESCRIÇÃO EXATA DA LESÃO, FORNECENDO DETALHES (USE O VERSO SE NECESSÁRIO)																	
QUAL O TRATAMENTO A QUE O SEGURADO FOI SUBMETIDO ?																	
O SEGURADO TORNOU-SE IMPEDIDO DE EXERCER SUAS FUNÇÕES HABITUAIS ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM    EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA, A PARTIR DE QUE DATA ?																	
ENCONTROU NO SEGURADO QUALQUER DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE AO ACIDENTE ? QUAL ?																	
ENCONTRA-SE O SEGURADO COM ALTA MÉDICA DEFINITIVA ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE RESPOSTA NEGATIVA, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A DATA PREVISTA PARA SUA ALTA ? EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, CARACTERIZE: <input type="checkbox"/> ALTA SEM INVALIDEZ <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL																	
		DATA DA ALTA															
EM CASO DE INVALIDEZ, DESCREVA, COM DETALHES, E CLASSIFIQUE O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL, DE 0% A 100%, MENCIONANDO CADA ÓRGÃO OU MEMBRO ISOLADAMENTE																	
MENCIONE OUTROS MÉDICOS QUE ASSISTIRAM O SEGURADO DESDE O INÍCIO DE SUA INVALIDEZ (NOME E ENDEREÇO)		(DDD) TELEFONE															
<b>QUADRO PARA INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CLÍNICO / CIRÚRGICO EM REGIME HOSPITALAR</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERÍODO</th> <th>DIAGNÓSTICO</th> <th>HOSPITAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			PERÍODO	DIAGNÓSTICO	HOSPITAL												
PERÍODO	DIAGNÓSTICO	HOSPITAL															
QUALQUER OUTRA INFORMAÇÃO QUE JULGAR CONVENIENTE																	
AFIRMO PELO PRESENTE, QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.																	
NOME DO MÉDICO		CRM N.º															
ENDEREÇO COMPLETO		(DDD) TELEFONE															
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO MÉDICO															