

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
QUADRO PARA INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CLÍNICO / CIRÚRGICO EM REGIME HOSPITALAR		
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