

## 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

Em que data o acidentado solicitou seus serviços profissionais?	
Por quais motivos?	
Qual(is) o(s) diagnóstico(s)?	
Data de sua primeira visita médica relativa a esta doença	Há quanto tempo o paciente esteve ou está sofrendo desta moléstia?
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)?
<b>IMPORTANTE</b>	
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	
A condição médica apresentada pelo segurado tem alguma relação com suas atividades profissionais? Caso positivo, especificar.	
Quais tratamentos o segurado está realizando atualmente?	
Quais tratamentos o segurado ainda pode realizar para sua recuperação?	
Em se tratando de perda de visão, qual a acuidade visual em ambos os olhos?	
A enfermidade apresentada pelo segurado determina alguma limitação física? De que tipo e para quais atividades? Especificar.	
Desde quando (a partir de que data) o segurado apresenta estas limitações?	

Em sua avaliação, o segurado tem condições de:			
Deitar-se, levantar-se e deambular sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Higienizar-se sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Vestir-se e despir-se sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Alimentar-se sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Controlar seus esfíncteres (defecação e micção)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Peso do segurado	Estatura do segurado		
<b>Qual a data em que o(a) segurado(a) passou a ser considerado(a) total e permanente inválido(a) para suas atividades autonômicas e/ou para todo e qualquer tipo de atividade funcional?</b>			
<b>Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:</b>			
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	
<b>Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente</b>			

## Dados do Médico Assistente

Nome legível	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	