

**DADOS DO SEGURADO**

Nome completo			Data de nascimento	CPF
Endereço (Rua, Avenida, etc.)			N.º	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
DDD	Telefone	Celular <input type="checkbox"/> WhatsApp	E-mail	

**DADOS DO SINISTRADO (Preencher apenas quando o sinistrado não for o segurado principal)**

Nome completo			Data de nascimento	CPF
Endereço (Rua, Avenida, etc.)			N.º	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
DDD	Telefone	Celular <input type="checkbox"/> WhatsApp	E-mail	

**Atenção:** Esclarecemos que só fica caracterizada a invalidez após alta médica e fisioterápica definitiva e emissão de laudo informando percentualmente o dano definitivo.

**DADOS BANCÁRIOS**

**Forma de pagamento** Crédito em: Poupança  Conta Corrente

Banco	Cód. Banco	Cód. Agência	D.V.	Conta Corrente	D.V.
-------	------------	--------------	------	----------------	------

**Atenção:** Os campos abaixo devem ser preenchidos pelo médico assistente do segurado.

**DADOS DO ACIDENTE**

Informe a data do acidente ____/____/____	Tem invalidez? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	A invalidez existente é Permanente <input type="checkbox"/> Provisória <input type="checkbox"/>	A invalidez existente é Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>
Foram esgotados os recursos terapêuticos disponíveis na medicina para recuperação(ões) do(s) membro(s) lesionado(s)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Informe a data que ficou caracterizada a invalidez ____/____/____	A partir da data citada acima o segurado pode ser considerado com invalidez permanente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Descreva detalhadamente as dificuldades e lesões decorrentes do acidente, mencionando todas as partes do corpo atingidas, incluindo qual(is) membro(s) está(ão) com restrição(ões) de movimento(s) conforme o caso específico do segurado avaliado. (prono supinação, flexão, extensão, rotação, abdução, perda de força, perda da função, se deambula claudicante, se houve encurtamento do(s) membro(s), perda de movimento, dentre outras limitações não mencionadas).

<p>Foram todas as lesões ocasionadas pelo acidente?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	<p>Encontrou alguma lesão e/ou defeito físico preexistente no segurado?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
--	--

Se sim, qual?

Houve ocorrência de doença anterior ao acidente complicando as lesões causadas pelo acidente?

Sim  Não

Se sim, qual?

A invalidez existente é resultado exclusivo do acidente sofrido pelo segurado?

Sim  Não

Se não, explique.

Existe relatório médico, ficha de atendimento ou prontuário médico deste paciente para anexar ao presente laudo?

Sim  Não

Informe tratamentos instituídos, clínicos e cirúrgicos (descreva os pormenores):

Informe qual o grau da perda ou impotência funcional do membro/órgão em percentual (de 0% a 100%), bem como, em todos os membros ou órgãos a que se refere, mencionando cada um, cada restrição e qual a porcentagem da invalidez do membro ou órgão atingido:

Esta declaração médica foi elaborada com a presença do segurado no consultório médico ou no hospital?

Sim  Não

Caso necessário o paciente poderá ser submetido a junta médica conforme Artigo 6º da circular SUSEP 302/2006?

Sim  Não

Se julgado necessário, use o espaço abaixo para fazer algum comentário.

### DADOS DO MÉDICO DECLARANTE

Nome completo

CRM

Endereço comercial (Rua, Avenida, etc.)

N.º

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

DDD

Telefone

Celular

WhatsApp

E-mail

Afirmo pela presente que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Data

Assinatura