

INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE O SINISTRADO
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Nome do sinistrado: _____
RG: _____ CPF: _____

INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO ASSISTENTE DO SINISTRADO

1- Data do acidente: _____ / _____ / _____

2- Descrição do acidente: _____

3- Descreva as lesões causadas pelo acidente: _____

4- O segurado apresentava doença que pode ter contribuído ou agravado o acidente?

() SIM () NÃO Descreva: _____

5- Resultado dos exames complementares principais e datas:

_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

7- O sinistrado apresenta seqüela definitiva? () SIM () NÃO

7.1- Desde quando? _____ / _____ / _____

8- O sinistrado está de alta médica definitiva? () SIM () NÃO

8.1- Desde quando? _____ / _____ / _____

9- Descreva o percentual de redução funcional do órgão, membro ou função, de 0 a 100:

7- Em se tratando de seqüela neuropsíquica, o sinistrado está em plena condição de responder por todos os seus atos da vida civil e em uso da sua capacidade cognitiva?

() SIM () NÃO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me civil e criminalmente por elas. Estou ciente das sanções previstas em lei, caso tenha omitido ou prestado qualquer tipo de declaração não verídica.

Local e data: _____

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____