

Orientações de preenchimento:



1 - Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;

2 - O médico facilitará a análise do processo ao preencher esta declaração respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente.

3 - 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 página 3).

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 Nascimento

Relatório Médico:

Data em que o acidentado solicitou seus serviços profissionais

Quais foram as lesões constatadas? Indique a sede, a natureza e a extensão das lesões.

As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente?

Sim

Não

Em caso negativo, descreva as causas:

Encontrou no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente?

Sim

Não

Em caso positivo, descreva quais:

Em caso de morte

Em que data e hora ocorreu a morte?

Qual foi a causa imediata que a determinou?

A morte resultou exclusivamente dos efeitos do acidente?

Sim

Não

Outras causas contribuíram para o ocorrido?

Quais?

Sim

Não

Houve inquérito policial a respeito da morte?

Por que foi realizado?

Sim

Não

Foi feita autópsia?

Sim

Não

Em caso de invalidez permanente

Onde foi tratada a vítima?

Qual foi o tratamento clínico?

Qual foi o tratamento fisioterápico?

Qual foi o tratamento cirúrgico?

Houve complicações?

Em caso afirmativo, quais?

Sim

Não

As complicações foram consequências diretas e imediatas das lesões acidentais?

Sim

Não

Alguma causa ou doença pré-existente foi derivada de negligência do acidentado?

Sim

Não

Quando atendeu o acidentado pela primeira vez, ele já tivera alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente?

Sim

Não

Onde e por qual médico foi prestada? (informar Nome completo, CRM e Telefone)

Data da alta médica definitiva (considerando o término do tratamento que tenha sido realizado)

O acidentado encontra-se completamente restabelecido?

Sim

Não

Se ele ainda se encontra sob os seus cuidados profissionais, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para a consolidação das lesões?

Em se tratando de Invalidez Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:

Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?

Sim

Não

É alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL?

Sim

Não

As lesões são diretamente de causa traumática?

Sim

Não

Qual a causa?

No seu entender, os defeitos físicos ou doenças pré-existentes podem ter agravado as consequências finais do acidente atual?

Sim

Não

Essa redução pode ser considerada de caráter definitivo?

Sim

Não

Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?

As partes lesadas poderão, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar?

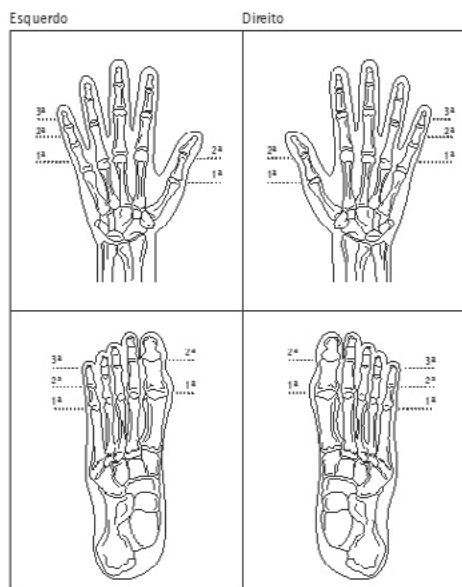
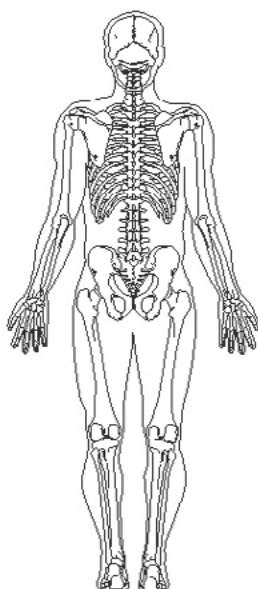
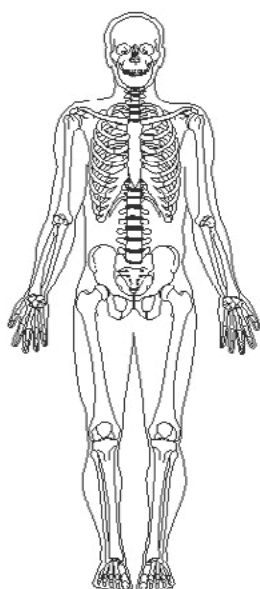
Sim

Não

Em caso afirmativo, qual é o tempo necessário para obter essa melhora e quais as providências que aconselha?

Favor declarar, com a possível precisão, a percentagem da invalidez ou grau de limitação funcional (mínimo, médio ou máximo) de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva do acidente, bem como indicar as lesões no gráfico a seguir
(No verso consta a tabela de indenização).

Gráfico das Lesões (hachurar as perdas e circular as anquiloses e fraturas não consolidadas).



Lesão ocular (acuidade visual)

OD

OE

AO

Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente.



Dados do Médico Assistente:

Nome Completo

CRM

Endereço Completo

Telefone

Afirmo, pelo presente, que assisti o segurado desde o dia

de

de

até o dia

de

de

, e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Estou ciente de que o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; a Rio Grande Seguros e Previdência S/A poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar o Aviso de Privacidade disponível no site institucional.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local:

Data:

Assinatura do Médico