



ALFA SEGUROS

Declaração do Médico que Acompanha o Segurado - Acidente

Nome Completo do sinistrado / paciente:	Idade:
---	--------

Desde que data V.Sa. vinha assistindo a vítima/paciente? ___/___/___	Houve atendimento por outro profissional? Informar nome.
---	--

Quais as lesões apresentadas pela vítima/paciente logo após o acidente?

As lesões são diretamente de causa traumática? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Favor especificar a causa	O(a) paciente está em alta definitiva Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
---	---------------------------	--

Houve concorrência de doença anterior complicando as lesões causadas pelo acidente?

Não Sim. Quais?

Poderá o(a) acidentado(a) recuperar as funções dos membros ou órgãos atingidos, se for submetido a algum(s) dos tratamentos abaixo?

Cirúrgico Sim Não Fisioterápico Sim Não Clínico Sim Não

Se afirmativo, a recuperação poderá ser: Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	Se parcial, qual o percentual esperado de recuperação:	Data ou tempo previstos para esta recuperação:
---	--	--

Sinistrado está recebendo/recebeu auxílio doença pelo INSS? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Data Início: ___/___/___	Informar datas das perícias já realizadas e da imediatamente posterior: ___/___/___, ___/___/___ e ___/___/___
---	---

Sinistrado encaminhado para aposentadoria? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em que data? ___/___/___	Sinistrado aposentado pelo INSS? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em que data? ___/___/___
--	--

O Sinistrado voltará a exercer suas atividades laborais? Justifique.

Qual o grau de perda ou impotência funcional do membro/órgão em percentual? (de 0% a 100%)	Na impossibilidade de quantificar a incapacidade em percentual, indicar: Mínimo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Máximo <input type="checkbox"/>
--	--

Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o(a) Paciente/Vítima:

Está apto a gerir seus próprios negócios e bens? Sim Não

Está alienado mental de forma TOTAL E INCURÁVEL? Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE Nome Legível: _____ Endereço: _____ Telefone com DDD: _____	RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA DO MÉDICO _____ Assinatura e Carimbo com CRM Data: ___/___/___
--	--