

Informações Médicas sobre o Segurado - Morte

DADOS PESSOAIS

Nome do Segurado _____

Endereço _____

Telefone (____) _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____

E-mail _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. Qual(is) o(s) diagnóstico(s) do segurado?

Primário _____ Desde quando ____ / ____ / ____

Secundário _____ Desde quando ____ / ____ / ____

Outros _____ Desde quando ____ / ____ / ____

2. Desde quando é médico assistente do segurado? ____ / ____ / ____

Data da 1ª Consulta médica ____ / ____ / ____ Data da última consulta médica ____ / ____ / ____

3. Qual o tratamento que está sendo realizado?

4. Resultados dos exames complementares principais e datas:

1 - ____ / ____ / ____ _____

2 - ____ / ____ / ____ _____

3 - ____ / ____ / ____ _____

5. Há quanto tempo o segurado sofreu da doença que o vitimou? _____

6. Esteve afastado do trabalho em função do diagnóstico? Sim () Desde quando ____ / ____ / ____

Não ()

7. Houve acidente: 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 verdadeira.

Local e data: _____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____