

## Informações Médicas sobre o Segurado - IPA

### DADOS PESSOAIS

Nome do Segurado \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. Houve acidente? Sim ( ) Não ( )

2. Data do acidente \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. Descreva como ocorreu o acidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Descreva a(s) lesão(es) causada(s) pelo acidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. O segurado apresentava doença que pode ter contribuído ou agravado o acidente ?

Não ( ) Sim ( ) Descreva \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Resultados dos exames complementares principais e datas:

1 - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

7. Está o segurado de alta médica? Não ( ) Sim ( ) Desde quando \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

8. O segurado apresenta seqüela definitiva? Sim ( ) Não ( )

Descreva incluindo o percentual de redução funcional de 0 a 100 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_