



INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE IPA

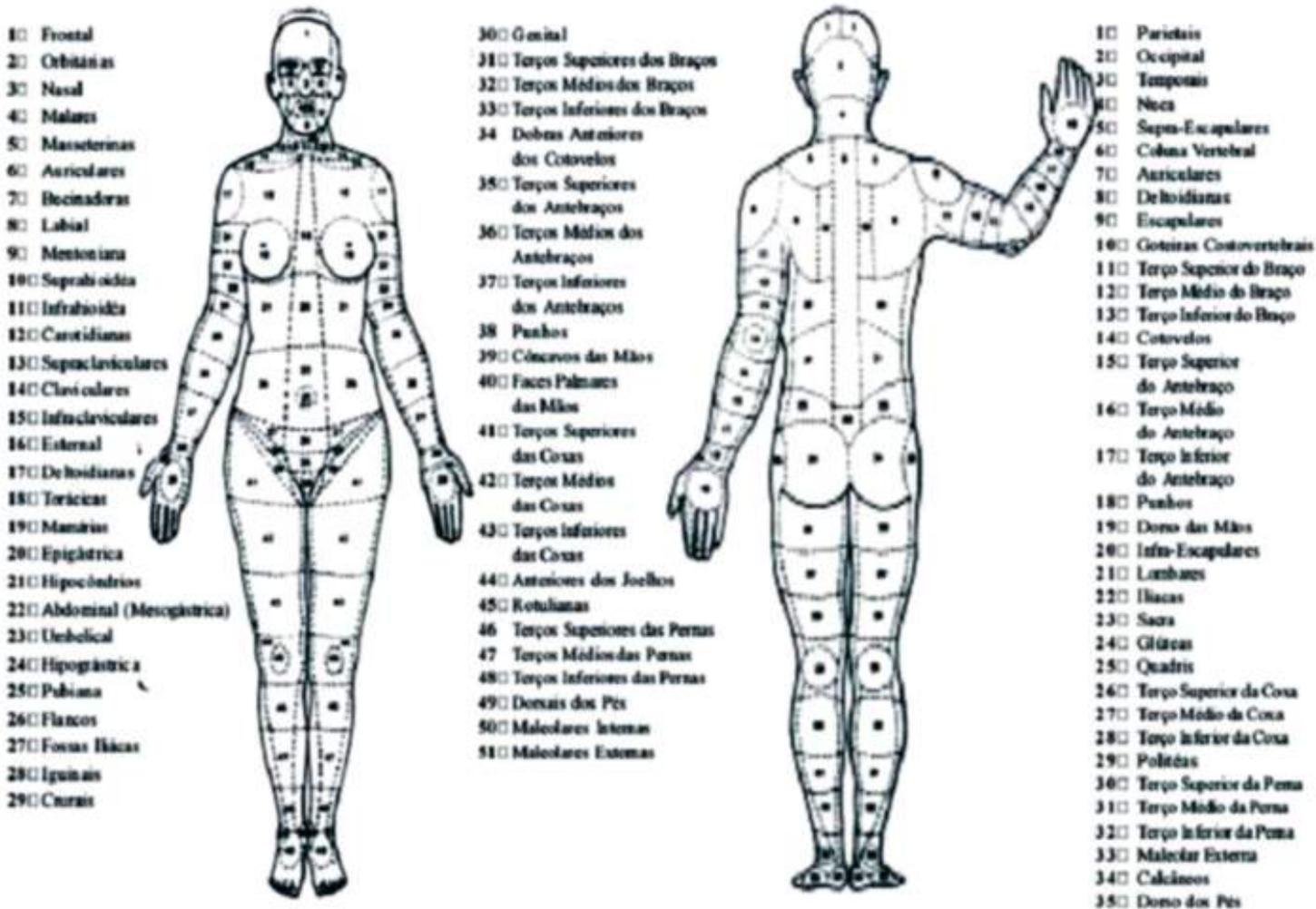
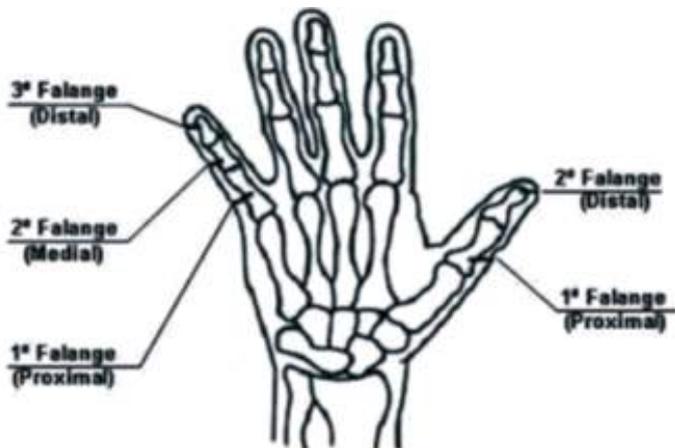
DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:	
DATA DA DO ACIDENTE ____/____/____	DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO ____/____/____
COMO FOI DESCRITO O ACIDENTE?	
QUAIS AS LESÕES OCORRIDAS? (INDICAR CARÁTER, EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE)	CID
A QUE TRATAMENTO(S) O PACIENTE FOI SUBMETIDO?	
SOFREU INTERVENÇÃO CIRÚRGICA? QUAL(IS)? EM QUE DATA?	
AS LESÕES FORAM EXCLUSIVAMENTE CAUSADAS PELO ACIDENTE OU HAVIA ALGUMA PATOLOGIA OU SEQUELA PRÉ-EXISTENTE QUE PUDESSE OU NÃO AGRAVAR AS LESÕES? QUAL(IS)?	
O PACIENTE ENCONTRA-SE COM ALTA MÉDICA?	
TRATANDO-SE DE PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS, INFORMAR O GRAU DE DEFICIÊNCIA VISUAL DE CADA OLHO SEPARADAMENTE () Sim, desde ____/____/____ () Não, prevista para ____/____/____	
O PACIENTE APRESENTA SEQUELA? () SIM () NÃO () PARCIAL () TOTAL () TEMPORÁRIA () PERMANENTE	
EM CASO DE SEQUELA PERMANENTE, DESCREVA COM DETALHES:	
DESCREVA E CLASSIFIQUE DE 0 A 100% A SEQUELA PERMANENTE DE CADA REGIÃO EM SEPARADO	
** Identificar no modelo a região afetada (vide folha 2)	

NOME DO MÉDICO:		Nº CRM:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE IPA

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE



O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA

LOCAL E DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO