

AVISO DE SINISTRO - DOENÇAS GRAVES DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:		
DATA DA PRIMEIRA CONSULTA ____/____/20____	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA ____/____/20____	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
DATA DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA:		QUAL O HISTÓRICO DA DOENÇA DO PACIENTE?
QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS?		
QUAL O TRATAMENTO REALIZADO? (CLINICO, CIRÚRGICO ETC.)		
QUAL O QUADRO CLÍNICO ATUAL DO PACIENTE?		QUAL O PROGNÓSTICO?
DESCRIÇÃO DA DOENÇA/OBSERVAÇÕES:		

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

NOME DO MÉDICO:		Nº CRM:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL)	
LOCAL E DATA: _____ de _____ de 20____		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	