



ALFA SEGUROS

Declaração do Médico que Acompanha o Segurado – Doença (exceto IFPD)

Data de Início dos Sintomas. Quais?		Quais tratamentos o segurado foi submetido e suas datas de início?
Assistiu o segurado durante todo o tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Data do Diagnóstico da doença?	Qual foi/é o período de sua assistência ao Segurado / Paciente? De: ___/___/___ Até: ___/___/___

Descreva o diagnóstico, tratamento instituído e o quadro clínico atual do segurado/paciente (Havendo protocolo médico específico, favor assinalar a classificação oficial).

Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? (Anexar exames e laudos)	Houve internação Hospitalar, caso positivo, quando e em qual Hospital? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais?
O segurado/paciente foi informado do diagnóstico? Em que data? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, em ___/___/___	O segurado teve conhecimento de toda evolução e consequências de sua moléstia? Especifique: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O diagnóstico foi informado a outra pessoa? Em que data? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, em ___/___/___	Nome e Parentesco da pessoa informada sobre o diagnóstico
Encontrou no paciente qualquer defeito físico ou doença pré-existente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Especifique:	O paciente é portador de alguma outra doença? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais?

Havendo limitação física e/ou psíquica descreva as ações cotidianas às quais o Segurado esteja impedido e/ou dependente de auxílios, inclusive de terceiros? Descrever a desvantagem então decorrente da doença e suas repercussões na autonomia de vida.

Em caso de não haver quadro clínico incapacitante que seja gerador de desvantagem que se traduza como perda da autonomia de vida total e permanente do Segurado favor assinalar:

[] Não há quadro clínico incapacitante, físico e/ou mental, compatível com falências orgânicas, sistêmicas ou não, críticas e irreversíveis que possam ser responsáveis pela perda total e definitiva da autonomia de vida do Segurado e assim serem capazes de determinar, de modo irreversível, a perda de sua existência independente.

Considera o(a) segurado(a)/ paciente definitivamente incapaz para exercer suas atividades profissionais? Justificar a resposta

O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos. Em caso positivo informar: Nome/CRM/tel.:

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