

Declaração Médica de Acidentes Pessoais Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Morte



JAN/2019

Forma de Envio

Destinatário: ACIPREV Endereço: Rua Primo Picoli, 232 Centro - Americana - SP - CEP: 13465-640

Instruções de Preenchimento

1. Favor preencher os campos com letra de forma.
2. Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tiver tratado do paciente e/ou médico perito.
3. O médico facilitará a análise do processo ao preencher esta declaração respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente. Devem-se evitar termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas.
4. Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide página 3).

Obs.: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de auxiliar o processo de benefícios.

Dados do Segurado

Nome do Plano	Nº da Proposta	Nº do Processo	Nome do Segurado	Data do Evento
ACIPREV				

Relatório Médico

1 - Data em que o acidentado solicitou seus serviços profissionais

2 - Quais foram as lesões constatadas? Indique a sede, a natureza e a extensão das lesões.

3 - As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente? Sim Não

Em caso negativo, descreva as causas:

4 - Encontrou no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente? Sim Não

Em caso positivo, descreva quais:

EM CASO DE MORTE

5 - Em que data e hora ocorreu a morte?

6 - Qual foi a causa imediata que a determinou?

7 - A morte resultou exclusivamente dos efeitos do acidente? Sim Não

8 - Outras causas contribuíram para o ocorrido? Quais? Sim Não

9 - Houve inquérito policial a respeito da morte? Caso positivo, informar o por que foi realizado? Sim Não

10 - Foi feita autópsia? Sim Não

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

11 - Em que data e hora ocorreu o acidente?

12 - Onde foi tratada a vítima?

13 - Qual foi o tratamento clínico?

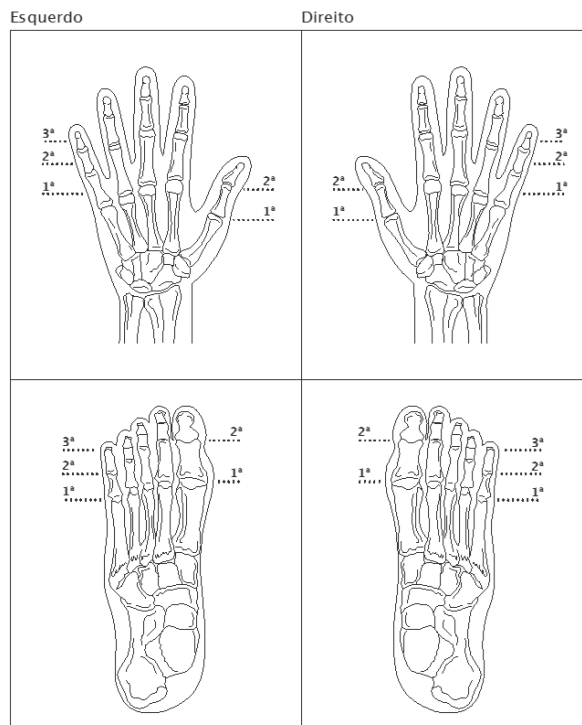
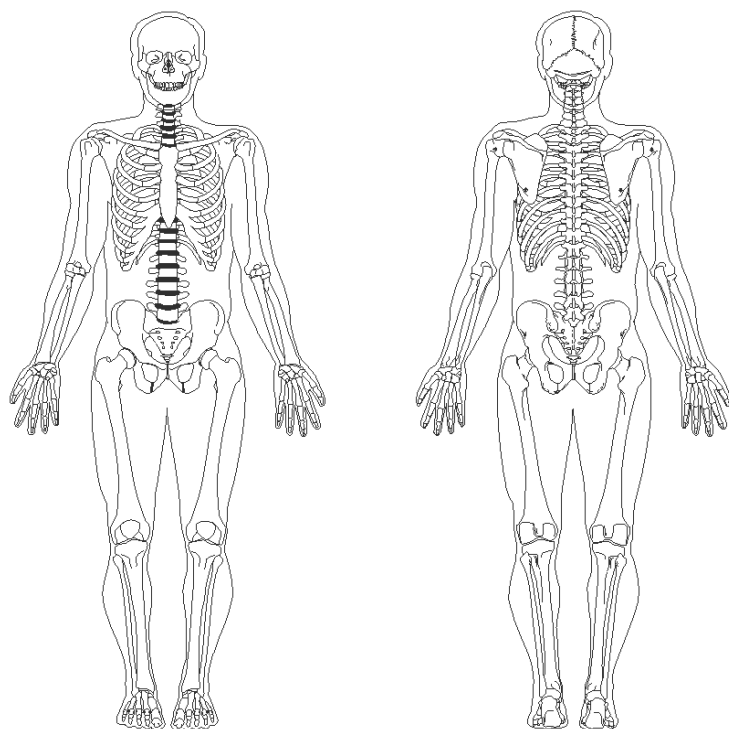
14 - Qual foi o tratamento fisioterápico?

Declaração Médica de Acidentes Pessoais Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Morte

15 - Qual foi o tratamento cirúrgico?
16 - Houve complicações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, quais?
17 - As complicações foram consequências diretas e imediatas das lesões acidentais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20 - Alguma causa ou doença pré-existente foi derivada de negligência do acidentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21 - Quando atendeu o acidentado pela primeira vez, ele já tivera alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Onde e por qual médico foi prestada? (Informar Nome Completo, CRM e Telefone)
EM CASO DE ALTA DEFINITIVA
22 - Data de alta médica definitiva (considerando o término do tratamento que tenha sido realizado)
23 - O acidentado encontra-se completamente restabelecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
24 - Se ele ainda se encontra sob os seus cuidados profissionais, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para a consolidação das lesões?
25 - Em se tratando de Invalidez Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado: Está apto a gerir seus próprios negócios e bens? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não É alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26 - As lesões são diretamente de causa traumática? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual a causa?
27 - No seu entender, os efeitos físicos ou doenças pré-existentes podem ter agravado as consequências finais do acidente atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28 - Essa redução pode ser considerada de caráter definitivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?
29 - As partes lesadas poderão, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, qual é o tempo necessário para obter essa melhora e quais as providências que aconselha?
30 - Favor declarar, com a possível precisão, a percentagem da invalidez ou grau de limitação funcional (mínimo, médio ou máximo) de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva do acidente, bem como indicar as lesões no gráfico abaixo (no verso consta a tabela de indenização).

Declaração Médica de Acidentes Pessoais Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Morte

GRÁFICO (HACHURAR AS PERDAS E CIRCULAR AS ANQUILOSES E FRATURAS NÃO CONSOLIDADAS)



LESÃO OCULAR (acuidade visual): OD _____ OE _____ AO _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUE POSSAM SER PRESTADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE

Afirmo, pelo presente, que assisti o Segurado desde o dia _____ de _____ de _____ até o dia _____ de _____ de _____, que assinei a certidão para Registro Civil e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico assistente (com firma reconhecida)

Declaração Médica de Acidentes Pessoais Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Morte

Dados do Médico

31 - Nome do Médico		32 - Nº do CRM	
33 - Endereço		34 - Cidade	
35 - Estado	36 - UF	37 - Telefone	

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PERDA TOTAL DA VISÃO DE AMBOS OS OLHOS	100
PERDA TOTAL DO USO DE AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES	100
PERDA TOTAL DO USO DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES	100
PERDA TOTAL DO USO DE AMBAS AS MÃOS	100
PERDA TOTAL DO USO DE UM MEMBRO SUPERIOR E UM MEMBRO INFERIOR	100
PERDA TOTAL DO USO DE UMA DAS MÃOS E DE UM DOS PÉS	100
PERDA TOTAL DO USO DE AMBOS OS PÉS	100
ALIENAÇÃO MENTAL TOTAL INCURÁVEL	100