



**RELATÓRIO MÉDICO**

Com a finalidade de complementar a análise médica e liquidação do sinistro referido solicitamos a V.S. as respostas aos quesitos que seguem, esclarecendo que tais informações serão mantidas sob critério confidencial sendo de uso exclusivo da consultoria médica prestadora de serviços desta seguradora.

Histórico atendimento médico hospitalar na data do evento:

Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? Mencionar datas.

Evolução clínica do Diagnóstico: Mencionar datas.

Data do início da caracterização da Invalidez.

**IDENTIFICAÇÃO MÉDICA**

Nome Legível do Médico

CRM

Assinatura e Carimbo

Data

**TERMO DE COMUNICAÇÃO**

Autorizo a Cardif do Brasil a enviar informações, para o e-mail indicado (campos dados do reclamante).

Local e Assinatura: