

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Segurado (paciente): _____

2. Profissão: _____ Idade: _____

3. Diagnóstico da doença: _____ Data do diagnóstico: ____/____/____

4. Doenças secundárias: _____ Data do diagnóstico: ____/____/____

_____ Data do diagnóstico: ____/____/____
_____ Data do diagnóstico: ____/____/____

5. Exames complementares realizados:

_____	Resultado _____	Data da realização do exame: ____/____/____
_____	Resultado _____	Data da realização do exame: ____/____/____
_____	Resultado _____	Data da realização do exame: ____/____/____

6. Tratamento realizados: _____

7. Internações hospitalares:

Hospital: _____ Período: ____/____/____ à ____/____/____

Diagnóstico: _____

Hospital: _____ Período: ____/____/____ à ____/____/____

Diagnóstico: _____

8. Breve relato das condições clínicas do Segurado: _____

9. Em caso de doenças neurológicas ou psiquiátricas informar se o Segurado tem condições para exercer atos da vida civil: ☐ Sim ☐ Não

10. O Segurado perdeu totalmente a sua capacidade autônoma? (higienizar-se, vestir-se, alimentar-se, deambular): ☐ Sim ☐ Não

11. Em caso de resposta positiva, em que data foram esgotados os recursos terapêuticos e a doença tornou-se totalmente incapacitante? ____/____/____

12. Informar outros médicos que trataram o paciente (nome, endereço e telefone): _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE (assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documentos)

Médico: _____ CRM: _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Cep: _____ Tel: (____) _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Médico Responsável (A firma do médico deve ser reconhecida por tabelião): _____