



RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Segurado (paciente): _____

2. Data do acidente: ____/____/____ 3. Data do Atendimento: ____/____/____ 4. Data da última Consulta: ____/____/____

5. Histórico do Acidente: _____

6. Informar as lesões sofridas e tratamentos realizados: _____

7. Houve Internação Hospitalar? Sim Não Data da Internação: ____/____/____ Data da Alta: ____/____/____

8. O Segurado encontra-se de alta médica definitiva? Sim Não Desde quando?: ____/____/____

Caso negativo, qual o tempo estimado para a alta? _____

9. As lesões são causa estritamente acidental? Sim Não Justifique: _____

10. O segurado é portador de enfermidade anterior ao acidente? _____

11. Em caso de alta médica, esclarecer as sequelas deixadas pelo acidente, informando o grau de redução funcional (0% a 100%) em cada membro, órgão ou articulação:

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

13. Espaço reservado para informações adicionais que achar pertinente ao caso: _____

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): _____