



<b>NOME DO SEGURADO:</b>			
<b>RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE</b>			
Data do Acidente:		Data do Atendimento Médico:	
As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Em caso negativo, qual é a causa?			
Quais as lesões sofridas (diagnóstico)?			
Qual o Tratamento Imediato?			
Encontra-se o segurado com alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual a data da alta médica definitiva?	
Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta e a que terapêutica está sendo submetido?			
Ficará o segurado com alguma invalidez? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Em caso de invalidez, classifique: <input type="checkbox"/> Parcial e temporária <input type="checkbox"/> Parcial e permanente <input type="checkbox"/> Total e temporária <input type="checkbox"/> Total e permanente			
Em caso de invalidez parcial e permanente, descreva-se com detalhes:			
Em caso de invalidez parcial e permanente, como classificaria o percentual de (0 a 100) de perda do órgão lesado? Descrever separadamente.			
Quais outras observações V.Sa. julga oportuno fazer?			
<b>O abaixo assinado médico-assistente declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verdadeira, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.</b>			
_____		_____	
Local/Data		Assinatura e Carimbo do Médico-Assistente <b>(com firma reconhecida)</b>	
<b>DADOS DO MÉDICO</b>			
Nome legível do médico			CRM
Endereço Residencial		Nº	Complemento
			CEP
Bairro	Cidade	UF	Telefone (DDD)