

Atenção: Este documento deve ser preenchido somente por médicos e enviado para a seguradora sempre após o término do tratamento.

1	A) Nome do Segurado					B) Data do Nascimento	
	C) Sexo	D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade	
	G) Nacionalidade		H) Profissão			I) CPF	Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade
	K) Endereço (Rua, nº)					L) DDD Telefone	
	M) Bairro			N) Cidade		O) CEP	P) UF
2	A) Data do Acidente			B) Data do primeiro atendimento médico:			
3	Diagnóstico definitivo das lesões produzidas pelo trauma especificando as localizações com precisão anatômica:						
4	Lesões ou estados mórbidos pré-existentes não relacionados com o trauma em pauta:						
5	Tipos de tratamentos ministrados com respectivas datas:						
6	Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com respectiva(s) data(s):						
7	Houve complicações intercorrentes? Queira descrever:						
8	A) Data de internação		B) Data da alta hospitalar		C) Data do término do tratamento médico		
9	Hospital ou clínica onde foi prestada a assistência médica: A) Nome					B) Localidade	

10	Nome e especialidade do médico assistente:		
	A) Nome	B) Especialidade	
11	Tipos e duração do tratamento fisioterápico:		
	A) Tipos	B) Data de Início	C) Nº de sessões
			D) Data de Término
12	Descrição das sequelas de caráter permanente porventura existentes (em caso de amputação ou de redução funcional de alguma articulação, queira informar, com devida precisão, sua localização anatômica):		
13	Grau de redução funcional de cada articulação ou órgão (em medicina do seguro: mínimo, médio, máximo e rígido).		
14	Fazer aqui as observações que julgar serem necessárias:		
15	A) Localidade (cidade)		B) Data
	C) Nome do Médico		D) CRM
	E) Endereço do consultório (ou outros)		F) DDD
			Telefone
	G) Bairro	H) Cidade	I) CEP
			J) UF
Assinatura do Médico			

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível, de forma, ou datilografar. A assinatura do médico deverá ter a firma reconhecida.