

AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Nome do Segurado		Data do Nascimento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nacionalidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Profissão	RG	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Endereço	Telefone
<input type="text"/>	( ) <input type="text"/>

Bairro	Cidade	CEP	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local do Acidente

Data do Acidente	Hora	Cidade	CEP	UF
<input type="text"/>				

Histórico do Acidente

Data do Primeiro Atendimento Médico

As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática?

SIM  NÃO Em caso negativo, qual é a causa?

Descrição Detalhada da Lesão Ocasionada pelo Acidente

Tipos de Tratamento e Respectivas Datas

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico

7 Descrição do(s) Ato(s) Cirúrgico(s) e Respectiva(s) Data(s)

--	--	--

7 Data da Internação

Data da Alta Hospitalar

Data da Alta Definitiva

--	--	--

Hospital ou Clínica onde foi prestada assistência médica (Nome e Localidade)

--

8 O Segurado ficou afastado de suas funções? Se afirmativo. Data do Afastamento Término

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
---	--	--

9 Nome e Especialidade do Médico Assistente

--

10 O Segurado está com alta médica definitiva? Se negativo, indicar o tratamento ao qual está sendo submetido Data Provável de Alta Médica Definitiva

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
---	--	--

10 Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta e a que terapêutica está sendo submetido?

--

11 Ficará o segurado com alguma invalidez? Em caso de invalidez, classifique:

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Parcial e temporária <input type="checkbox"/> Parcial e permanente <input type="checkbox"/> Total e temporária <input type="checkbox"/> Total e permanente
---	---

11 Descrição da(s) seqüelas de caráter permanente porventura existentes.

Grau de redução funcional de cada órgão isoladamente. Classificando-os por percentual de 0% a 100%

--

12 Lesões ou estados mórbidos preexistentes não relacionados com o trauma em pauta

--

13 Fazer aqui as observações que julgarem necessárias

--

14 Localidade

--

Data

--

Nome do Médico

--

CRM

--

Endereço do Consultório (ou outros)

--

Telefone

(   )
-------

Bairro

--

Cidade

--

CEP

--

UF

--

Obs.: a assinatura do médico, nesta página, deverá ter a firma reconhecida.

Assinatura do Médico sob carimbo de identificação