

## AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

1	Nome do Segurado _____			Data do Nascimento _____	
	Sexo _____	Estado Civil _____	Naturalidade _____	Nacionalidade _____	
	Profissão _____	RG _____	CPF _____		
	Endereço _____			Telefone _____ (    )	
	Bairro _____	Cidade _____	CEP _____	UF _____	
2	Data do Acidente _____				
	Local do Acidente _____	Cidade _____	CEP _____	UF _____	Hora _____
3	Histórico do Acidente _____				

### RELATÓRIO MÉDICO

4	Data do Primeiro 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?				
5	Descrição Detalhada da Lesão Ocasionada pelo Acidente _____				
6	Tipos de Tratamento e Respectivas Datas _____				
	_____ Assinatura do Médico				

# AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

7	Descrição do(s) Ato(s) Cirúrgico(s) e Respectiva(s) Data(s)		
8	Data da Internação	Data da Alta Hospitalar	Data da Alta Definitiva
9	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?		
10	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	
14	Nome do Médico	CRM	
14	Endereço do Consultório (ou outros)	Telefone	
	 	 (    )	
14	Bairro	Cidade	CEP
		UF	

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

Assinatura do médico sob carimbo de identificação