

AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

INFORMAÇÕES DO MÉDICO

Nome do Segurado				Data do Nascimento	
Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nacionalidade		
Profissão			RG	CPF	
Telefone ()	Endereço completo				
Bairro	Cidade			UF	
Local do Acidente					
Data do Acidente	Hora	Cidade	CEP	UF	
Histórico do Acidente					
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?					
Descrição Detalhada da Lesão Ocasionada pelo Acidente					

Teleatendimento ao Cliente: 0800 61 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Fundação Habitacional do Exército - FHE
 Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902 - Brasília/DF

AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Tipos de Tratamento e Respectivas Datas

Assinatura do Médico

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

Data da Internação

Data da Alta Hospitalar

Data da Alta Definitiva

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

O Segurado ficou afastado de suas funções?

Sim Não

Se afirmativo. Data do Afastamento

Término

Nome e Especialidade do Médico Assistente

O Segurado está com alta médica definitiva?

Sim Não

Se negativo, indicar o tratamento ao qual está sendo submetido

Data Provável de 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?

Sim Não

Em caso de invalidez, classifique:

Parcial e temporária Parcial e permanente Total e temporária Total e permanente

Descrição da(s) sequelas de caráter permanente porventura existentes.

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

AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

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

Fazer aqui as observações que julgarem necessárias

Localidade		Data	
Nome do Médico		CRM	
Endereço do Consultório (ou outros)		Telefone ()	
Bairro	Cidade	CEP	UF

Assinatura do Médico sob carimbo de identificação

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