

AVISO DE ALTA MÉDICA SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS



Nome do acidentado

Idade

Sexo

 M F

Naturalidade

Residência

Telefone

Bairro

Cidade

UF

CEP

Data do acidente

Data do 1º Atendimento

As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática? Em caso negativo, qual a causa?

Diagnósticos definitivos das lesões diretamente produzidas pelo trauma em pauta. Especificar com precisão a sua localização

Lesões preexistentes. Não relacionadas com o trauma em pauta

Tipo de tratamento instituído com respectivas datas

Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com respectivas(s) data(s)

Houve complicações intercorrentes? Descreva

Data da internação

Data da alta

Data da alta definitiva

Hospital onde foi prestada a assistência médica

Nome e especialidade do médico assistente

Tipo e período de duração do tratamento fisioterápico

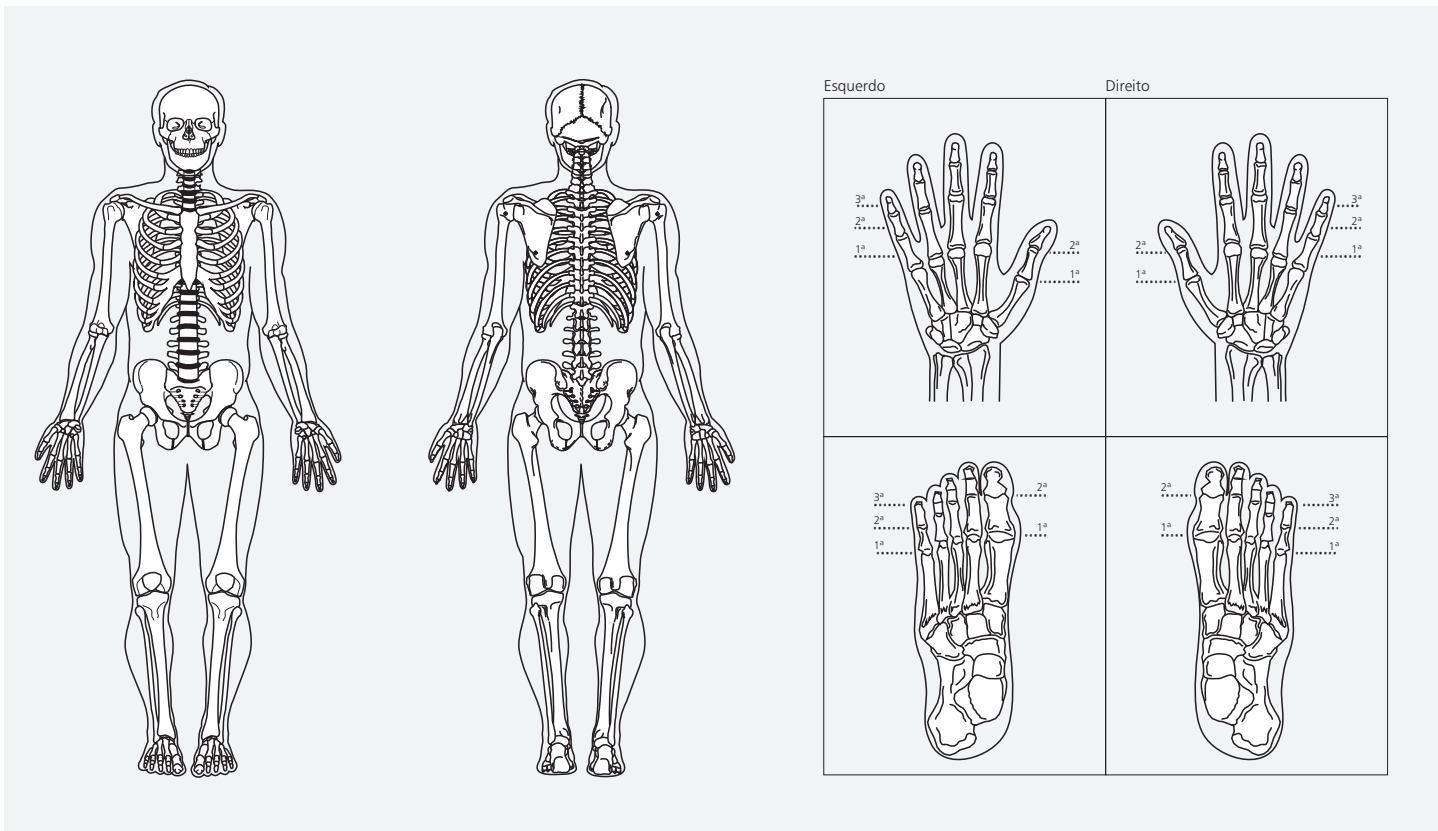
AVISO DE ALTA MÉDICA SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Descrição das seqüelas de caráter permanente, porventura existentes. Em caso de amputação de mão ou pé, especificar com precisão anatômica a sua localização e indicá-la no gráfico do verso, rubricando o nível assinalado

Grau de incapacidade funcional (mínimo, médio, máximo ou rigidez)

Faça aqui as observações que julgar necessárias

Gráfico para localização das lesões



Nome do médico

CRM

Endereço

Cidade

Local e data

Assinatura com firma reconhecida
