

AVISO DE ALTA MÉDICA SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS

Nome do acidentado		Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 respectiva(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

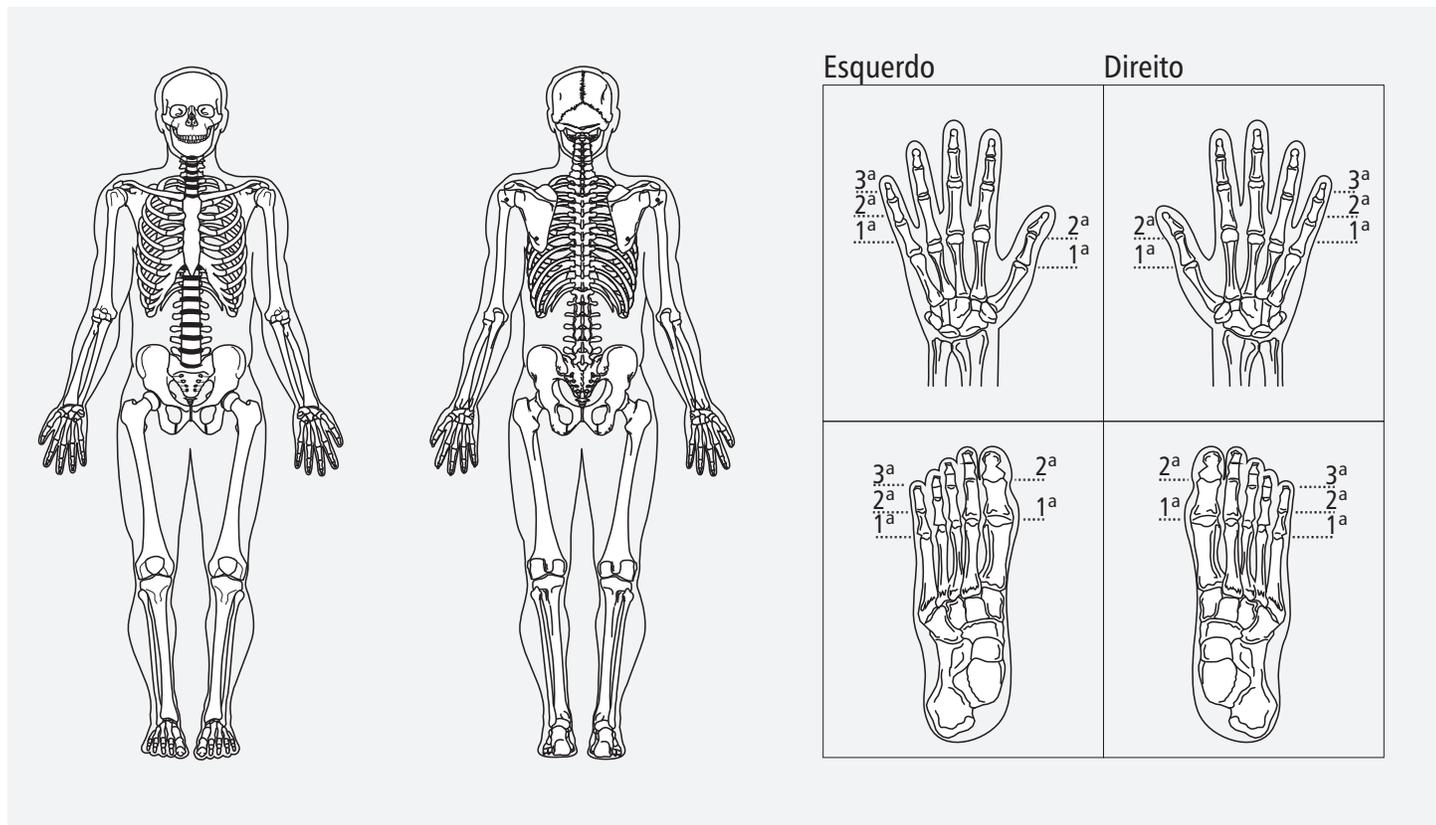
AVISO DE ALTA MÉDICA SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Descrição das sequelas 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

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