

Seguro de Pessoas | Aviso de Sinistro

Relatório Médico

Específico para Sinistros decorrentes de Acidente (Invalidez, Despesas Médicas ou Diárias)

IPA – IPTA – DMHO – DIT – DIH



RELATÓRIO MÉDICO

(deverá ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Nome do Paciente		CPF
Especialidade médica*		CRM
Data do acidente	Data do 1º (primeiro) atendimento Médico	
No momento do 1º atendimento, lhe foi noticiado que o paciente foi vítima de acidente decorrente de:		
☐ Queda/Pancada ☐ Corte ☐ Torção ☐ Acidente Automobilístico ☐ Outro – Especifique:		
Realizado exame? ☐ Dosagem Alcoólica ☐ Toxicológico ☐ Nenhum		
Se indicado algum dos exames acima, favor informar o resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo		
Quais as lesões identificadas no paciente? (Fornecer detalhes)		
As lesões relatadas são diretas e exclusivamente consequentes de causa traumática? ☐ Sim ☐ Não		
Se negativo, favor informar qual(is) lesão(ões) podem estar relacionada(s) com outra(s) causa(s):		
Qual(is) o(s) exame(s) realizado(s) durante o atendimento que possibilitou o diagnóstico da(s) lesão(ões)?		
O paciente foi submetido à cirurgia? ☐ Não ☐ Sim, favor informar qual o procedimento cirúrgico e a data da cirurgia		
Procedimento:		Data:
A qual tratamento o paciente foi submetido posteriormente? (Informar inclusive, eventuais exames solicitados)		
Houve internação hospitalar? ☐ Sim ☐ Não – Em caso positivo, favor informar: Data da Internação:		
Nome da Instituição Hospitalar da Internação:		
Favor informar dados do médico responsável pela Internação		
Nome:		CRM: Telefone ou E-mail:
O paciente ainda está em tratamento? ☐ Sim ☐ Não, favor informar a Data da Alta Médica:		
Caso ainda esteja em tratamento, favor descrever		Nova avaliação prevista para:
Tratamento ministrado:		
Houve perda ou impotência funcional definitiva de membros ou órgãos: ☐ Sim ☐ Não – Em caso positivo, favor informar:		
Sequela(s) e Órgão(s) ou Membro(s) Lesado(s)	Extensão da Limitação Funcional	
	☐ Mínimo ☐ Médio ☐ Máximo ou Indique percentual de limitação:	
	☐ Mínimo ☐ Médio ☐ Máximo ou Indique percentual de limitação:	
	☐ Mínimo ☐ Médio ☐ Máximo ou Indique percentual de limitação:	

Caso não tenha sequelas, mas houve necessidade de afastamento das atividades laborais do paciente, por um período, favor informar:

Data de Início do Afastamento:	Data da Alta Médica:	Diagnóstico:	CID:
--------------------------------	----------------------	--------------	------

Observações e Comentários

Declaro que as informações coletadas no presente formulário serão transmitidas única e exclusivamente para a Seguradora, para a finalidade de regulação do processo de sinistro.

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.
(Importante: A firma do médico deverá ser reconhecida obrigatoriamente)

Local e Data	Assinatura do Médico sob o carimbo com CRM/CPF	CRM/Estado
Endereço completo do médico	Telefone ou E-mail para Contato	