



RELATÓRIO MÉDICO – CAUSAS ACIDENTAIS

Sr. Médico: as informações prestadas por V.Sa. destinam-se a Itaú Seguros S.A. e serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica. Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado. Ao descrever as lesões deixar uma noção clara de dimensão, localização, etc. Em caso de falta de espaço complementar as informações em folha anexa indicando a referência do item.

NATUREZA DO SINISTRO

<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente por Acidente	<input type="checkbox"/> Incapacidade Total Temporária por acidente
<input type="checkbox"/> Diária Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/> Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas	<input type="checkbox"/> Outros:

Nome Paciente

1. Data do acidente / /	2. Data do primeiro atendimento / /	3. Mecanismo de trauma ou agente?
----------------------------	--	-----------------------------------

4. Como foi descrito o evento?

5. Quais as lesões físicas identificadas e diagnóstico? (Fornecer detalhes)

6. Essas lesões físicas são decorrentes de um evento súbito, involuntário, violento, exclusiva e diretamente externo com data caracterizada?
☐ Sim. ☐ Não. Especificar:

7. Essas lesões ocorreram por si em decorrência do evento descrito e independentemente de toda e qualquer outra causa?
☐ Sim ☐ Não. Especificar:

8. Prestou os cuidados desde a data do primeiro atendimento? Especificar o regime de atendimento (SUS, Convênio, Particular)

9. Houve internação hospitalar?.

Hospital:	Data Internação: / /	Data Alta: / /
-----------	----------------------	----------------

10. A que tratamento foi submetido
☐ Conservador/Clinico ☐ Cirurgia de em / /

11. Houve complicações relacionadas?
☐ Não. ☐ Sim. Especificar:

12. Encontrou alguma doença que possa ter causado/agravado as lesões sofridas ou seqüela prévia que prejudicou o resultado do tratamento?
☐ Não. ☐ Sim. Especificar:

13. Considerando o tratamento realizado, descrever o resultado obtido quanto à recuperação da capacidade física e funcional.

14. Encontra-se o paciente com alta médica?
☐ Sim, a partir de / / ☐ Não, prevista para /

15. A incapacidade física identificada no momento é:
☐ Parcial ☐ Total ☐ Permanente ☐ Temporária por _____ dias ☐ Não há incapacidade

16. Quanto a incapacidade temporária anotada acima, considera que essa incapacidade é
☐ Total para as ocupações habituais ☐ Parcial para as ocupações, podendo retornar ao trabalho a partir de / /

17. Em caso de incapacidade física parcial permanente (invalidez por acidente), descreva as limitações observadas e a região anatômica acometida.

18. Se desejar, classifique em percentual de 0 a 100% a invalidez permanente por acidente de cada região em separado.

19. Em caso de evolução para Óbito, Data do óbito: / /	20. Data do último atendimento / /	21. Encaminhado ao IML? Sim Não Outros:
---	---------------------------------------	--

22. Causa Mortis:
Primária:
Secundária

23. Estados mórbidos que influíram diretamente para o óbito

24. Nome e telefone dos médicos que atenderam o paciente anteriormente

O ABAIXO ASSINADO, DECLARANTE, RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDAO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Nome do médico	CPF	No. do CRM
Endereço (Rua, número, complemento)	Cidade / Estado	Telefone (DDD, Telefone, Ramal)
Local e Data	Assinatura e Carimbo do médico assistente	