

## RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE



Nome do acidentado

Naturalidade

Nacionalidade

Sexo

Cor

Profissão

Residência

Nº

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

Data do acidente

Data do 1º atendimento

Data do primeiro atendimento médico referente ao acidente em pauta

Descrição detalhada e precisa das lesões diretamente relacionadas com o trauma atual

  
  

Lesões constatadas são indiretamente conseqüentes de causa traumática?

### Decorências do acidente

Invalidez permanente parcial?

Invalidez permanente total?

Do acidente poderá resultar a morte?

Em quanto tempo o acidentado poderá voltar a exercer suas ocupações habituais?

A) Encontrou, no acidentado, qualquer defeito físico ou doença preexistente ao acidente? Esclarecer

  

B) Esse defeito ou doença pode agravar ou vir a aumentar as conseqüências do acidente? Esclarecer

  

C) Houve agravamento das lesões por falta de cuidados médicos imediatos?

  

Maiores esclarecimentos sobre as lesões e quadro clínico do acidentado

**RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**

Local			Data		
Assinatura do médico			CRM		
Nome do médico			CPF		
Endereço			Bairro		
Cidade	Estado	CEP			
Reconhecimento de firma					

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