

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 consequentes de causa traumática?

Decorrências 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.