

2) Questionário a ser devidamente preenchido pelo **médico assistente**

Nome do segurado:	
Sexo:	Idade:
Qual a data do acidente: ____/____/____	
Quais as lesões produzidas pelo acidente? Descreva as lesões sofridas e os segmentos/órgãos afetados (extensão, largura, profundidade etc.)	
CID:	
Houve internação hospitalar? Em que data? Em que hospital?	
Qual o tratamento realizado?	
Ocorreram complicações no tratamento? Caso positivo, descreva-as e o tratamento.	
Existiam lesões ou doenças preexistentes que agravaram as lesões/sequelas ocasionados pelo acidente? () Sim () Não	
Caso positivo, descreva as lesões/sequelas:	
Qual o tempo necessário que o segurado deverá ficar afastado de suas atividades laborais? Justifique:	
O Segurado já apresenta alta do tratamento das lesões causadas pelo acidente? () Sim - Desde ____/____/____ () Não - Previsão ____/____/____	
Existem tratamentos futuros que possam curar ou reduzir as sequelas causadas pelo acidente? Caso positivo, descreva-os.	
O paciente apresenta Invalidez? () Sim () Não	Classifique: () Parcial () Total () Temporária () Permanente
Quais as condições atuais do segurado? Informar dados relevantes do exame, esclarecendo eventuais sequelas.	
Classifique de 0 a 100% a invalidez permanente de cada região em separado:	
Nome do médico:	CRM:
Endereço comercial:	
Telefone (com DDD):	E-mail:

Local e Data

Assinatura do médico e carimbo com CRM
(não é necessário reconhecer assinatura em cartório)