

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

Nome do Segurado:	
Sexo:	Idade:
Data do acidente: ____/____/____	Data do primeiro atendimento: ____/____/____
Como foi descrito o acidente?	
Quais as lesões produzidas pelo acidente? Descreva as lesões sofridas e os segmentos/órgãos afetados (extensão, largura, profundidade etc.)	
A que tratamento foi submetido o Segurado? Qual a medicação prescrita?	
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)