

RELATÓRIO MÉDICO - EVENTOS DE CAUSAS ACIDENTAIS

Sr(a). Médico(a): Solicitamos a gentileza de descrever as lesões de forma detalhada, com a indicação da sua dimensão, localização e outras informações complementares.

Em caso de falta de espaço no formulário, poderá ser utilizado o verso ou folha anexa, com a indicação do paciente, idade e da referência ao item respondido do Relatório Médico.

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome:

CPF:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

Data do acidente:

Local:

Descrição do acidente:

Desde quando acompanha o(a) paciente:

Quais as lesões sofridas no acidente e quais tratamentos já foram realizados?

Descrever os exames realizados (iniciais e complementares), bem como os resultados e as datas em que foram realizados:

Foi submetida a alguma cirurgia?

Sim

Não

Em caso de internação hospitalar ou cirurgia, informar o nome do hospital, período e diagnóstico:

Hospital:

Período:

Diagnóstico:

O(a) paciente se encontra em alta médica definitiva?

Sim

Não

Se positivo, desde que data: _____

Se negativo, informar quais os tratamentos estão sendo realizados e o prazo previsto para a alta médica.

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Nome do médico(a):

CRM:

Endereço comercial (rua, nº, complemento):

Cidade/Estado:

Telefone (com DDD e ramal):

E-mail:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Local e data

Assinatura e carimbo do médico

As informações prestadas por V.Sa. serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica.

www.bbseguros.com.br