

**Sr(a). Médico(a):** as informações prestadas por V.Sa. serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica. Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado. Ao descrever as lesões, deixar uma noção clara de dimensão, localização, etc. Em caso de falta de espaço, pedimos a gentileza de complementar as informações em folha anexa, indicando a referência do item.

**DADOS DO(A) PACIENTE**

Nome:

Idade:

**INFORMAÇÃO 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.

**INFORMAÇÃO SOBRE O ACIDENTE**

Quais as condições ortopédicas atuais do (a) paciente? Caso haja dados relevantes detectados nos exames, favor informar.

No caso de invalidez, informar em termos percentuais (0– 100%), o grau de redução funcional de cada membro isoladamente:

Caso o (a) paciente tenha ficado com seqüela neurológica ou neuropsíquica, informar as condições cognitivas e se o quadro atual impede de forma irreversível o pleno exercício das atividades da vida diária.

Informar eventuais lesões, doenças ou deficiências físicas anteriores ao acidente, na qual tenha tomado conhecimento (órgão(s) ou membro(s))? Especificar:

De acordo com o seu conhecimento médico, a lesão, doença ou deficiência física mencionada na pergunta anterior, pode ter sido agravada em decorrência do acidente atual? ( ) Sim ( ) Não - Se positivo, especificar o motivo:

Em caso de invalidez, classifique:

( ) Parcial e Temporária ( ) Parcial e Permanente ( ) Total e Permanente ( ) Total e Temporária por \_\_\_\_\_ dias

O(a) paciente está incapacitado(a) para o exercício das atividades profissionais? ( ) Sim ( ) Não

Se positivo, desde que data: Início / / Término / /

As lesões são diretamente de causa traumática? Especificar:

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS**

Nome do médico(a):

CPF:

CRM:

Endereço Comercial (rua, nº, complemento):

Cidade/Estado:

Telefone (com DDD e ramal):

E-mail:

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Empty box for additional information.

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico