

RELATÓRIO MÉDICO – EVENTOS DECORRENTES DE DOENÇA/ENFERMIDADES

(para ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado, de forma legível)

☐ DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
 ☐ DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
 ☐ DOENÇAS GRAVES
 ☐ ENFERMIDADES GRAVES

1. Identificação

1.1 Nome Completo do Segurado	1.2 Idade	1.3 Peso	1.4 Altura	1.5 Pressão Arterial
-------------------------------	-----------	----------	------------	----------------------

1.6 Diagnóstico detalhado da Doença e Código do CID

1.7 Quando e de que forma foi diagnosticada a doença do Segurado?

1.8 Descreva os tratamentos a que o paciente foi submetido e exames realizados, mencionando datas:

1.9 O Segurado tinha conhecimento da doença? ☐ SIM ☐ NÃO	1.10 Desde quando? ____/____/____
---	--------------------------------------

1.11 Há quanto tempo trata o Segurado?		
1.11.1 Data da 1ª consulta ____/____/____	1.11.2 Data da Última Consulta ____/____/____	1.11.3 Data do Início da Doença ____/____/____

1.12 Há invalidez? ☐ SIM ☐ NÃO	1.13 A invalidez é considerada: ☐ PARCIAL E PERMANENTE ☐ PARCIAL E TEMPORÁRIA ☐ TOTAL E TEMPORÁRIA ☐ TOTAL E PERMANENTE
---	--

1.14 Procedimentos realizados ☐ Clínico ☐ Cirúrgico
--

1.15 Houve afastamento do serviço anteriormente por enfermidade? ☐ NÃO ☐ SIM – Indique data(s) e motivo(s):

1.16 Houve Intervenção hospitalar? ☐ NÃO ☐ SIM	1.16.2 Período
1.16.1 Nome do Hospital	De ____/____/____ a ____/____/____

1.17 Situação Segurado Data Sinistro ☐ Ativo ☐ Afastado Aposentado ☐ Por Invalidez ☐ Tempo de Serviço	1.18 Aposentadoria 1.18.1 Data Requerimento ____/____/____	1.18.2 Data Concessão ____/____/____	1.18.3 Data 1º Exame Médico ____/____/____
---	---	--------------------------------------	--

1.19 O paciente encontra-se com o quadro clínico estabilizado? ☐ NÃO ☐ SIM	1.19.1 O quadro pode se agravar? ☐ NÃO ☐ SIM
--	--

1.20 Especifique o prognóstico:

1.21 Pode-se esperar recuperação ou reabilitação com os recursos disponíveis no momento? ☐ NÃO ☐ SIM – Quais?

1.22 O Segurado encontra-se com alta médica definitiva? ☐ SIM, desde ____/____/____ ☐ NÃO – Qual o tempo previsto para a sua alta?

2. Identificação Médica

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.
A assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

2.1 Nome legível do Médico	2.2 Nº do CRM	2.12 Reconhecer Firma
2.3 Complemento	2.4 DDD 2.5 Telefone	
2.6 Bairro	2.7 Cidade 2.8 CEP 2.9 UF	
2.10 Assinatura e Carimbo	2.11 Data ____/____/____	