Av. Rio Branco, 245, 21º Andar - Sala 2105
20040-009 - Rio de Janeiro - RJ

Telefones: + 55 21 2240.4315
+ 55 21 2215.6330
regdata@regdata.com.br

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade desse relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória sua apresentação.
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:_____

Nº DO SINISTRO_____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:____/____/____ DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:____/____/____

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:_____

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE EXISTENTE? SIM[ ] NÃO[ ] CASO POSITIVO,DESCREVER:
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: [ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. [ ] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º
2º
3º
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

_____	____/____/____	_____
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO

_____	____/____/____	_____
LOCAL	DATA	ASSINATURA DA VÍTIMA