Seguro de Pessoas

AVISO DE SINISTRO
PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS
DECLARAÇÕES DO MÉDICO ANESTESISTA

NOME DO PACIENTE:

NOME DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO (CBHPM)

DATA DO(S) PROCEDIMENTO(S)	DATA DO INÍCIO DA MOLÉSTIA
___/___/_____ , ___/___/_____ , ___/___/_____	___/___/_____

QUAL O HISTÓRICO DA MOLÉSTIA DO PACIENTE?

QUAL O MOTIVO DO PROCEDIMENTO REALIZADO?

DESCREVA A LOCALIZAÇÃO, SEGMENTO, ÓRGÃO, VERTEBRA, LADO ETC.

O PACIENTE JÁ FOI SUBMETIDO A EXAME INVASIVO TAIS COMO CATETERISMO, ENDOSCOPIA, LAPAROSCOPIA ETC., PARA DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA RELACIONADA DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE AO ATUAL EVENTO? QUAL(IS) QUANDO?

O PACIENTE JÁ FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO RELACIONADO A PATOLOGIA ATUAL OU RELACIONADA À MESMA DOENÇA-BASE? (EXEMPLOS: RECIDIVA, COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO, ARTRODESE OU LAMINECTOMIA OU OUTRO SEGMENTO DA COLUNA, DESOBSTRUÇÃO ARTERIAL DE OUTRO SEGMENTO CORPORAL ETC.). QUAL(IS) PROCEDIMENTO(S)? QUANDO?

O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA

NOME DO MÉDICO:			N° CRM:
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:	TELEFONE(DDD/RAMAL):		
LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO		