

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - **DMHO**

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:		
DATA DA DO ACIDENTE ____/____/____	DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO ____/____/____	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ____/____/____
COMO FOI DESCRITO O ACIDENTE?		
QUAIS AS LESÕES OCORRIDAS? (INDICAR CARÁTER, EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE)		
A QUE TRATAMENTO(S) O PACIENTE FOI SUBMETIDO?		
DIAGNÓSTICO:	CID	
QUAL MEDICAÇÃO PRESCRITA?		

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

NOME DO MÉDICO:		Nº CRM:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	