

## Assinale uma das opções abaixo

 **Previdência** **Seguro**

## Instruções de Preenchimento

- Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;
- O médico facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente. Devem-se evitar termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas;
- Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide página 3).
- Em caso de falecimento, anexar cópia autenticada da Certidão de Óbito.

**Obs.:** As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de auxiliar o processo de benefícios.

## Dados do Participante/Segurado

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Número do Certificado ou Proposta      | Número do Processo de Sinistro |
| Nome Completo do Participante/Segurado | Data do Evento                 |

## Relatório Médico

|  |  |
|--|--|
| Data que o Segurado solicitou seus serviços profissionais  |  |
| Motivos  |  |
| Diagnóstico  |  |
| Data da primeira visita médica relativa a esta doença  | Há quanto tempo o paciente esteve ou está sofrendo desta doença? |
| O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença?  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |
| Em caso positivo, qual(is) intervenção(ões)?   |  |
| Em qual(is) data(s)?   | Em qual(is) hospital(is)?  |
| <b>IMPORTANTE</b>  |  |
| Em se tratando de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, por gentileza, queira especificá-la.                       |  |
| Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do Segurado segundo a classificação funcional NYHA ou CCS |  |
| <b>EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>   |  |
| Qual a profissão do paciente e há quanto tempo está impossibilitado de trabalhar?  |  |

| EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Queira declarar, com a possível precisão, a porcentagem da invalidez de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva desta doença   |   |  |   |
| Essa redução deve ser considerada de caráter definitivo ou poderão as partes lesadas, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar? Em caso afirmativo, qual será a porcentagem definitiva da redução funcional? |   |  |   |
| Data em que foi considerado inválido definitivamente.  |   |  |   |
| Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:   |   |  |   |
| Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?   | <input type="checkbox"/> Sim  | <input type="checkbox"/> Não                     |   |
| Tem patologia relacionada com CID 10 N° F-10?  | <input type="checkbox"/> Sim  | <input type="checkbox"/> Não                     |   |
| Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL?   | <input type="checkbox"/> Sim  | <input type="checkbox"/> Não                     |   |
| EM CASO DE MORTE   |   |  |   |
| Local do falecimento   | Data do falecimento   | Hora do falecimento                              |   |
| Causa da morte   | Primária  | Secundária                                       |   |
| O falecido tinha pleno e total conhecimento da existência da patologia que o vitimou?  | <input type="checkbox"/> Sim  | Desde quando?                                    | <input type="checkbox"/> Não                                      |
| Os familiares tinham conhecimento da doença que o vitimou?   | <input type="checkbox"/> Sim  |  | <input type="checkbox"/> Não                                      |
|  | Indicar o grau de parentesco e desde quando tinham conhecimento da doença |  |   |
| Quando qualquer parente ou amigo do falecido foi consultado pela primeira vez sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?   |   |  |   |
| Informar outras patologias que possam ter relação com as causas da morte, com as datas dos diagnósticos:   | <input type="checkbox"/> Diabetes ___/___/___                             | <input type="checkbox"/> Hipertensão ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Nefropatia ___/___/___                   |
|  | <input type="checkbox"/> Câncer ___/___/___                               | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Doença Neurológica ___/___/___           |
|  | <input type="checkbox"/> AIDS ___/___/___                                 | <input type="checkbox"/> Pneumonia ___/___/___   | <input type="checkbox"/> Outros ___/___/___<br>Especifique: _____ |
| Você foi o primeiro médico a estabelecer tais diagnósticos? Em caso negativo, por gentileza, informe-nos quem o fez, informando nome(s) e endereço(s).   |   |  |   |
| A partir de que data foram iniciados os tratamentos relacionados com as patologias que levaram o Segurado ao óbito? ___/___/___ . Cite os tratamentos abaixo:  |   |  |   |
| Informe os resultados e datas da realização dos exames complementares relacionados com as patologias citadas anteriormente.  |   |  |   |
| Houve inquérito policial a respeito da morte?  | <input type="checkbox"/> Sim  | <input type="checkbox"/> Não                     |   |
| Por que foi instaurado?  |   |  |   |
| Foi feita autópsia?  | <input type="checkbox"/> Sim  | <input type="checkbox"/> Não                     |   |

| NOMES DE OUTROS MÉDICOS QUE TENHAM ASSISTIDO O SEGURADO NAS PATOLOGIAS QUE O LEVARAM AO ÓBITO |                    |
|---|--------------------|
| Nome Completo   |                    |
| Endereço Completo   | Telefone<br>(    ) |
| Nome Completo   |                    |
| Endereço Completo   | Telefone<br>(    ) |
| Nome Completo   |                    |
| Endereço Completo   | Telefone<br>(    ) |
| Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente                        |                    |

## Dados do Médico Assistente

|  |                    |
|--|--------------------|
| Nome Completo  | CRM                |
| Endereço Completo  | Telefone<br>(    ) |
| Afirmo, pelo presente, que assisti o segurado desde o dia _____ de _____ de _____ até o dia _____ de _____ de _____, e que as respostas acima são completas e verdadeiras. |                    |

Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; (ii) a Rio Grande Seguros e Previdência S/A poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível no Site Institucional.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura do Médico