

## 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 ao preencher esta declaração respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente;
- 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 2).

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

## Dados do Segurado

|                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| Número do Certificado ou Apólice | Número do Processo de Sinistro |
| Nome Completo do Segurado        | Data do Evento                 |

## Relatório Médico

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| Em que data o Segurado solicitou seus serviços profissionais?  |  |                              |
| Por quais motivos?   |  |                              |
| Qual(is) o(s) diagnóstico(s)?  |  |                              |
| Data de sua primeira visita médica relativa a esta doença  | Há quanto tempo o paciente esteve ou está sofrendo desta moléstia? |                              |
| O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta  | <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 |  |                              |
| A condição médica apresentada pelo segurado tem alguma relação com suas atividades profissionais? Caso positivo, especificar.    |  |                              |
| Quais tratamentos o segurado está realizando atualmente?   |  |                              |
| Quais tratamentos o segurado ainda pode realizar para sua recuperação?   |  |                              |
| Em se tratando de perda de visão, qual a acuidade visual em ambos os olhos?  |  |                              |
| A enfermidade apresentada pelo segurado determina alguma limitação física? De que tipo e para quais atividades? Especificar.     |  |                              |

|  |                              |                              |            |
|--|------------------------------|------------------------------|------------|
| Desde quando (a partir de que data) o segurado apresenta estas limitações?   |                              |                              |            |
| Em sua avaliação, o segurado tem condições de:   |                              |                              |            |
| Deitar-se, levantar-se e deambular sem auxílio de terceiros?   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Justifique |
| Higienizar-se sem auxílio de terceiros?  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Justifique |
| Vestir-se e despir-se sem auxílio de terceiros?  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Justifique |
| Alimentar-se sem auxílio de terceiros?   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Justifique |
| Controlar seus esfíncteres (defecação e micção)?   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Justifique |
| Peso do segurado   | Estatura do segurado         |                              |            |
| Qual a data em que o(a) segurado(a) passou a ser considerado(a) total e permanente inválido(a) para suas atividades autonômicas e/ou para todo e qualquer tipo de atividade funcional? |                              |                              |            |
| 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 |            |
| Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente   |                              |                              |            |

## Dados do Médico Assistente

|  |                    |
|--|--------------------|
| Nome Legível   | 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