

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)?	
IMPORTANTE		
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 ()
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

Centro de Relacionamento com o Cliente - CRC: 0800 281 3005

Atendimento para pessoas com necessidades especiais: acesse o chat online através do site www.riograndeseguradora.com.br.

SAC Seguros e Previdência: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvidoria Rio Grande Seguros e Previdência S/A: 0800 025 1895, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h. (É necessário ter o número do protocolo do atendimento anterior).