

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	CPF (somente números)
Nome Completo do Segurado	

Relatório Médico (deverá ser preenchido e assinado pelo médico que estiver tratando do paciente)

Data que o paciente solicitou seus serviços profissionais		
Por quais motivos?		
Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e através de qual exame foi feito?		
Data de sua primeira visita médica relativa a esta doença	Data do diagnóstico da 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)?	
Tratando de patologia que admita classificação ou estadiamento, favor especificá-la.		
A neoplasia maligna diagnosticada trata-se de sítio primário ou metástase?		
OUTROS MÉDICOS QUE TENHAM ASSISTIDO O SEGURADO NA PATOLOGIA DECLARADA		
Nome		
Endereço	Telefone ()	
Nome		
Endereço	Telefone ()	
Nome		
Endereço	Telefone ()	

Outras informações adicionais que considere relevante para avaliação da nossa área médica:

Dados do Médico Assistente

Nome Completo	CRM
Endereço Completo	Telefone ()
Afirmo, pela presente declaração, que assisti o segurado desde o dia _____ de _____ de _____ até o dia _____ de _____ de _____, que assinei a certidão para Registro Civil 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