

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

Data em que o paciente solicitou seus serviços profissionais	Motivo	
Diagnóstico		
Data da sua primeira visita médica relativa a essa doença	Tempo que 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, descreva quais, especificando as datas e os hospitais em que ocorreram:		

EM CASO DE NEOPLASIAS MALIGNAS

Data do primeiro diagnóstico da doença	Sítio primário de doença e diagnóstico histopatológico
Estadiamento atual da doença	Tratamento proposto e tempo de duração

EM CASO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Tipo de AVC sofrido	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Isquêmico
Sequelas neurológicas presentes e que podem ser consideradas definitivas		
Informar data do exame que diagnosticou o AVC e transcrever sua conclusão		
Havia histórico de Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus? Desde que data?		

EM CASO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
Informar a data do diagnóstico do Infarto Agudo do Miocárdio.	
Achados eletrocardiográficos ou laboratoriais que embasaram seu diagnóstico	
Conduta utilizada e resultados imediatos	
Histórico de Doenças Cardiovasculares ou Diabetes Mellitus. Desde que data?	
EM CASO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	
Achados clínicos ou laboratoriais que embasaram seu diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica	
O(A) segurado(a) encontra-se em diálise regular? Desde quando (data)?	
Há previsão de transplante renal nos próximos seis meses?	Qual a data do primeiro diagnóstico da Nefropatia (estágio inicial)?
EM CASO DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	
Qual foi a cirurgia (transplante)? Em que data?	
Qual(is) o(s) nome(s) e CRM do(s) médico(s) que diagnosticou(aram) a doença de base e indicou(aram) o transplante?	
Qual o estado clínico atual do(a) segurado(a)? Há sinais de rejeição do órgão transplantado?	
Em caso de já haver alta definitiva pós-transplante, informar a data	
Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente.	

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