

Orientações de preenchimento:



1 - Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;

2 - 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.

3 - 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 analisar 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 do diagnóstico da doença

Data de sua primeira visita médica relativa a esta doença

O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença?

Sim

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

Telefone

Endereço

Nome

Telefone

Endereço

Nome

Telefone

Endereço

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

Dados do Médico Assistente:

Nome Completo

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 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; 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 para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar o Aviso de Privacidade disponível no site institucional.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local:

Data:

Assinatura do Médico