

As instruções estão no verso do formulário (não serão acatados formulários com rasura)



Dados do segurado:

Número do Certificado ou Apólice

Número do processo de sinistro

Nome completo do segurado

Data do Nascimento

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?

Sim

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?

Hemorragico

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 eu 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 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, 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**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.