

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 acidentado 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 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)?	
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?		
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 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
O segurado se encontra em fase terminal? Em caso afirmativo, especifique		
Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente		

Dados do Médico Assistente

Nome legível	CRM
Endereço	Telefone ()
Afirmo, pela presente, 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 Icatu 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