

**Instruções 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 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)?	
<b>IMPORTANTE</b>		
Em se tratando de patologia que admite 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