

Instruções de preenchimento

- Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;
- Ao preencher esta declaração, o médico facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente. Devem-se evitar termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas;
- 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 verso).

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	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 doença?	<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.

Afirmo, pelo 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.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Médico