

AVISO DE SINISTRO - DOENÇAS GRAVES

FOP 004

QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELO SEGURADO		
1 - Nome		
2 - Data de Nascimento / /		3 - Idade
4 - Endereço		
Cidade	CEP	Estado
5 - Telefone		6 - E-mail
7 - Indique a doença ou o procedimento cirúrgico a ser pleiteado: <input type="checkbox"/> Neoplasia Maligna (Câncer) <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral (AVC) - Com sequelas neurológicas - Exclui ATI <input type="checkbox"/> Cirurgia de revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA) - Cirurgia a céu aberto <input type="checkbox"/> Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta - Cirurgia a céu aberto		
8 - Quando a doença foi diagnosticada? Ou, em caso de cirurgia, quando ocorreu o procedimento?		
9 - Quando consultou pela 1º vez com relação a moléstia indicada?		
10 - Está em tratamento atualmente? Qual?		
11 - Quais os exames que comprovam o diagnóstico? Data, tipo e local de realização.		
12 - Indique o(s) nome(s) e endereço(s) do(s) médico(s) que consultou, durante a enfermidade.		
13 - Existem outros fatos não abrangidos por este questionário, que possam interessar na análise do processo?		
ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO.		
AUTORIZO OS PERITOS DA SEGURADORA A REQUERER INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADAS OU ESTADUAIS, QUE TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTOS MÉDICO LEGAL, PROMOVENDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALAR. TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ME ASSISTIR A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS, TAMBÉM DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.		

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO
COM FIRMA RECONHECIDA

AVISO DE SINISTRO - DOENÇAS GRAVES

FOP 004

RELATÓRIO MÉDICO - A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

1 - Nome do Segurado	
2- Sexo () Masculino () Feminino	3 - Idade
4 - Diagnóstico detalhado da doença e código do CID	
5 - Quando e de que forma foi diagnosticada a doença do Segurado?	
6 - Descreva os tratamentos a que o Segurado foi submetido e exames realizados, mencionando datas:	
7 - O Segurado tinha conhecimento da doença? () Sim () Não	7.1 - Desde quando? / /
8 - Há quanto tempo trata do Segurado?	
8.1 - Data da primeira consulta / /	8.2 - Data do início da doença / /
9 - O Segurado encontra-se em quadro clínico estabilizado?	
9.1 - O quadro pode se agravar?	
10 - O Segurado apresenta algum dano ou perda funcional na forma de seqüela e/ou déficit? Em caso positivo, especificar.	
11 - Especifique o prognóstico:	
12 - Nome do Médico	13 - CRM
14 - Endereço Comercial	
15 - Telefone	16 - E-mail

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
COM FIRMA RECONHECIDA