

FORMULÁRIO DE DOENÇAS GRAVES/DIAGNÓSTICO DE CÂNCER
DADOS DO SEGURADO

Nome		CPF	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
RG/RNE	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Data de Nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo	Estado Civil	Profissão/Atividade	Nacionalidade
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço			
<input type="text"/>			
Bairro	Cidade	UF	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail		Telefone para contato	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA TODAS AS COBERTURAS PLEITEADAS

1. Aviso de sinistro;
2. Documentos pessoais do segurado(a): R.G., C.P.F. e Comprovante de Residência
3. Formulário de informações Cadastrais e Autorização de Pagamento

EM CASO DE DOENÇA GRAVE, ALÉM DOS DOCUMENTOS BÁSICOS PREVISTOS, PROVIDENCIAR TAMBÉM:

1. Relatório do Médico Assistente, informando o diagnóstico, data da caracterização da doença grave prevista nas condições gerais, tratamento utilizado e reconhecimento do estado da doença grave do segurado(a), com firma reconhecida (anexo);
2. Exames e laudos médicos que confirmem a doença grave.

EM CASO DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER, ALÉM DOS DOCUMENTOS BÁSICOS PREVISTOS, PROVIDENCIAR TAMBÉM:

1. Relatório do Médico Assistente, informando o diagnóstico de Câncer do Segurado(a) e a data da caracterização;
2. Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;
3. Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso).

EM CASO DE DOENÇA TERMINAL, ALÉM DOS DOCUMENTOS BÁSICOS PREVISTOS, PROVIDENCIAR TAMBÉM:

1. Relatório do Médico Assistente, informando o diagnóstico de Doença Terminal, data da caracterização e tratamento utilizado;
2. Exames e laudos médicos que confirmem a doença terminal.

IMPORTANTE

- Para melhor avaliação, pedimos enviar os exames realizados, bem como os relatórios médicos obtidos;
- Se constatada alienação mental, enviar o termo de curatela anexo ao RG/CPF e comprovante de residência do curador.

FORMULÁRIO DE DOENÇAS GRAVES/DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

INFORMAÇÕES DO MÉDICO

Há quanto tempo encontra-se o segurado doente, segundo conhecimento pessoal?

____ anos ____ meses ____ dias

Duração segundo informações obtidas

____ anos ____ meses ____ dias

Data dos Primeiros Sintomas

Data da 1ª Consulta Médica para diagnóstico da Doença atual

Data do início do tratamento pela Doença atual

Data da última Consulta Médica

Especificar o período de internação hospitalar e nome do hospital

Descrição do Diagnóstico da Doença

Descrição de outras doenças identificadas e tratadas em qualquer época que estão direta ou indiretamente relacionadas com a Doença atual

Informar os Exames complementares realizados para a confirmação do diagnóstico e resultados

Descrever o tratamento e procedimentos realizados

Descrever a condição clínica atual e exame clínico relacionado à Doença

Há recursos terapêuticos para cura, controle ou reabilitação? Especificar

O paciente está sob cuidados paliativos? Se sim, quais?

Há caracterização de Doença Terminal com iminência de morte?

Há caracterização de alienação mental?

AFIRMO PELA PRESENTE, QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Localidade

Data

Nome do médico

CRM

Endereço do consultório (ou outros)

Telefone

E-mail

Bairro

Cidade

CEP

UF

Assinatura do médico (reconhecer firma)