

Seguro de Pessoas | Aviso de Sinistro

Relatório Médico

Específico para Sinistros decorrentes de Doença (Invalidez ou Diárias)
IFPD – DG – Diagnóstico de Câncer – DIH – DIT



RELATÓRIO MÉDICO

(deverá ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Prezado Dr(a), para análise da cobertura securitária pleiteada pelo seu paciente (nosso segurado), solicitamos sua gentileza em fornecer informações acerca do tratamento médico que realizou no mesmo. Os campos indicados com (*) são essenciais para o enquadramento do risco, por isso, consideramos como campos de preenchimentos obrigatórios. Assim, solicitamos sua gentileza em informar:

Nome do Paciente*	CPF	No Prontuário
Especialidade médica*		CRM
Data da 1ª (primeira) consulta	Data da última consulta	

No momento do 1º atendimento, lhe foi noticiado que o paciente apresentava qual(is) sintoma(s)?

Qual(is) o(s) exame(s) realizado(s) e em quais datas?

Exame:	Data:	Exame:	Data:
Exame:	Data:	Exame:	Data:

Qual a causa do atendimento/tratamento no paciente*?

☐ Neoplasias ☐ Doenças ☐ Cardiovasculares ☐ Doenças Osteomoleculares ☐ Doenças Infecciosas
☐ Doenças Psicológicas ☐ Doenças do Sistema Nervoso ☐ Outra – Especifique:

O paciente foi submetido à cirurgia? ☐ Não ☐ Sim, favor informar qual o procedimento cirúrgico e a data da cirurgia

Procedimento: Data:

Qual(is) o(s) exame(s) realizado(s) durante o atendimento que possibilitou o diagnóstico da(s) lesão(ões)?

O paciente foi submetido à cirurgia? ☐ Não ☐ Sim, favor informar qual o procedimento cirúrgico e a data da cirurgia

Procedimento: Data:

Caso não tenha realizado cirurgia, informe qual foi o tratamento a que foi submetido? (Informar inclusive, eventuais exames)

Houve internação hospitalar? ☐ Não ☐ Sim – favor informar: Data da Internação: Data da Alta:

Nome da Instituição Hospitalar da Internação:

Favor informar dados do médico responsável pela Internação Especialidade:

Nome: CRM: Telefone ou E-mail:

O paciente ainda está em tratamento*? ☐ Sim ☐ Não – Caso negativo, informe a Data da Alta Médica:

Caso ainda esteja em tratamento, favor descrever Nova avaliação prevista para:

Tratamento ministrado:

Caso o paciente já tenha recebido a Alta Médica, favor informar:

Há Invalidez*? ☐ Sim ☐ Não – Se sim, informar: ☐ Invalidez Parcial ☐ Invalidez Total – Desde quando? :

Informe o Diagnóstico*	Data do Diagnóstico*	Possibilidade de Reversão? ☐ Sim ☐ Não Se sim, favor informar qual o recurso terapêutico indicado:
Caso não exista Invalidez, mas houve a necessidade de afastamento das atividades laborais do paciente por um período, favor informar		
Data de Início do Afastamento:	Data da Alta Médica:	Diagnóstico: CID:

Observações e Comentários

Declaro que as informações coletadas no presente formulário serão transmitidas única e exclusivamente para a Seguradora, para a finalidade de regulação do processo de sinistro.

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento. (Importante: A firma do médico deverá ser reconhecida obrigatoriamente)

Local e Data	Assinatura do Médico sob o carimbo com CRM/CPF	CRM/Estado
Endereço completo do médico		Telefone ou E-mail para Contato