

DADOS DE ENVIO**1 - DESTINATÁRIO**

Icatu Seguros (CECAD)

2 - ENDEREÇO

Praça Vinte e Dois de Abril, 36 parte - Centro - CEP 20021-370 - Rio de Janeiro - RJ

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

4 - NOME DO PLANO

5 - MATRÍCULA

6 - NÚMERO DO PROCESSO

7 - NOME DO SEGURADO

8 - DATA DO EVENTO

a) Esta declaração deverá ser feita e assinada pelo médico que tiver tratado do paciente.

b) O médico que preencher esta declaração facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos, informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente - especialmente com referência à sua duração, resultados e tratamentos.

c) Devem-se evitar todos os termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas.

d) 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.**RELATÓRIO MÉDICO**

9 - Em que data o paciente pediu os serviços profissionais de V.Sa.?

10 - Por qual(is) motivo(s)?

11 - Qual(is) o(s) diagnóstico(s)?

12 - Data de sua primeira visita médica relativa a esta doença?

13 - Há quanto tempo esteve ou está o paciente sofrendo desta moléstia?

14 - O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença? Sim Não

a) Qual(is) intervenção(ões)?

b) Em qual(is) data(s)?

c) Em qual(is) hospital(is)?

IMPORTANTE

a) Em se tratando de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, por gentileza, queira especificá-la.

b) Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do Segurado segundo a classificação funcional de NYHA ou CCS.

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

15 - Qual a profissão do paciente e há quanto tempo está impossibilitado de trabalhar?

16 - Queira declarar, com a possível precisão, a percentagem da invalidez de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva desta doença

17 - Essa redução deve ser considerada de caráter definitivo ou poderão as partes lesadas, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar? Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?

18 - Data em que foi considerado inválido definitivamente.

19 - Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:

Está apto a gerir seus próprios negócios e bens? Sim NãoTem patologia relacionada com CID 10 N° F-10? Sim NãoEstá alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL? Sim Não

EM CASO DE MORTE

20 - Local, data e hora em que ocorreu o falecimento.

21 - Causa mortis

a) Primária:

b) Secundária:

22 - Tinha o falecido pleno e total conhecimento da existência da patologia que o vitimou? Sim Não

Desde quando?

23 - Tinham os familiares conhecimento da doença que o vitimou? Sim Não

Indicar o grau de parentesco e desde quando.

24 - Quando foi pela primeira vez consultado pelo falecido, por qualquer parente ou ainda amigo do mesmo, sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?

25 - Informar outras patologias que possam ter relação com as causas da morte, com as datas dos diagnósticos.

 Diabetes ____/____/____ Hipertensão ____/____/____ Nefropatia ____/____/____ Câncer ____/____/____ Cardiopatia ____/____/____ Doença Neurológica ____/____/____ Aids ____/____/____ Pneumonia ____/____/____ Outros (*) ____/____/____

(*) Especifique:

26 - O colega foi o primeiro médico a estabelecer tais diagnósticos? Em caso negativo, por gentileza, informe-nos quem o fez, declinando nome(s) e endereço(s).

27 - A partir de que data foram iniciados os tratamentos relacionados com as patologias que levaram o Segurado ao óbito? ____/____/____

Cite os tratamentos:

28 - Exames complementares relacionados com as patologias citadas anteriormente, informe os resultados e datas da realização.

29 - Houve inquérito policial, a respeito da morte? Sim Não

Por que foi executado?

30 - Foi feita autópsia? Sim Não

31 - Solicitamos nos fornecer nomes de outros médicos que tenham assistido o segurado nas patologias que o levaram ao óbito.

NOME

ENDEREÇO

DDD

TELEFONE

NOME

ENDEREÇO

DDD

TELEFONE

NOME

ENDEREÇO

DDD

TELEFONE

Atenção: Em caso de falecimento anexar cópia autenticada da Certidão de Óbito.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUE POSSAM SER PRESTADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE:

Afirmo pela presente, que assisti o segurado desde o dia ____ de ____ de ____ de ____ até o dia ____ de ____ de ____ de ____ e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Data: ____ de ____ de ____

Assinatura do médico: _____

Nome do médico

Nº do C.R.M.

Endereço

Telefone

Cidade

Estado

UF

ATENÇÃO: A FIRMA DO MÉDICO DEVE SER RECONHECIDA POR TABELIÃO.

SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).