

SEGURO DE VIDA SINISTRO

DOENÇAS GRAVES / DIAGNÓSTICO DE CÂNCER



DADOS DO(A) SEGURADO(A)

Nome completo do(a) Segurado(a)		CPF	
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail		Telefone ()	

INFORMAÇÕES DO QUADRO DE SAÚDE

Há quanto tempo encontra-se o(a) segurado(a) doente, segundo conhecimento pessoal	Duração segundo informações obtidas
anos meses dias	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	

SEGURO DE VIDA SINISTRO

DOENÇAS GRAVES / DIAGNÓSTICO DE CÂNCER



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?
--	--

DADOS DO(A) MÉDICO(A)

Nome do(a) Médico(a)	CRM
----------------------	-----

Telefone ()	E-mail
-----------------------	--------

Endereço do Consultório (ou outros)

Bairro	Cidade	UF	CEP
--------	--------	----	-----

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS A RESPEITO DO ESTADO DE SAÚDE DO(A) PACIENTE / SEGURADO(A).

Local e data	Assinatura do(a) Médico(a)
--------------	----------------------------

IMPORTANTE: Deve conter o carimbo com o número do CRM do(a) Médico(a).