

FORMULÁRIO DE DOENÇAS GRAVES/DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

DADOS DO SEGURADO

Nome			CPF	
RG/RNE	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Data de Nascimento	
Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	Estado Civil	Profissão/Atividade	Nacionalidade	
Endereço				
Bairro	Cidade	UF	CEP	
E-mail			Telefone para contato ()	

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.

Teleatendimento ao Cliente: 0800 61 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Fundação Habitacional do Exército - FHE

Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902 - Brasília/DF

FORMULÁRIO DE DOENÇAS GRAVES/DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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.

DADOS DO SEGURADO

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?

Teleatendimento ao Cliente: 0800 61 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Fundação Habitacional do Exército - FHE

Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902 - Brasília/DF

FORMULÁRIO DE DOENÇAS GRAVES/DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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)