



RELATÓRIO MÉDICO – CAUSAS NATURAIS

Sr. Médico: as informações prestadas por V.Sa. destinam-se a Itaú Seguros S.A. e serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica. Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado. Ao descrever as lesões deixar uma noção clara de dimensão, localização, etc. Em caso de falta de espaço complementar as as informações em folha anexa indicando a referência do item.

NATUREZA DO SINISTRO

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Total por Doença	<input type="checkbox"/> Incapacidade Total Temporária por doença
<input type="checkbox"/> Doença Terminal	<input type="checkbox"/> Doença Grave ou Neoplasia Maligna	<input type="checkbox"/> Outros:

Nome Paciente

1. Data dos primeiros sintomas / /	2. Data primeira consulta / /	3. Diagnóstico principal
4. Desde quando foi seu médico?		5. Por qual motivo?
6. Foi médico do paciente durante todo o curso da doença?		7. Data do início do acompanhamento pela doença atual
8. Exames complementares realizados que comprovam a doença Se realizada, data da 1ª biópsia: / /		
9. Descrever o tratamento e procedimentos realizados		
10. Houve internação hospitalar e/ou tratamento cirúrgico? Especificar o período de internação e Hospital		
11. Houveram complicações relacionadas? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:		
12. Descrever as condições gerais e estado clínico atual		
13. Estão preservadas as relações cotidianas do segurado? (Capacidade de Comunicação, Direção de veículos, orientação, pensamento, memória e juízo).		
14. É Independente para s atividades de vida diária (Higiene, locomoção, alimentação e etc )		15. Se doença oftalmológica, anotar a Acuidade Visual (com correção)
16. A incapacidade identificada no momento é? <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total e Permanente <input type="checkbox"/> Total e Temporária por _____ dias <input type="checkbox"/> Não há incapacidade		
17. Há recursos terapêuticos para cura, controle ou reabilitação? Especificar		
18. Informar o tipo de acompanhamento médico atual e o prognóstico da doença		
19. O quadro atual determina a perda da existência independente do indivíduo, ou seja, impede de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.		
20. Esse quadro caracteriza uma doença em fase terminal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.		
21. Outras doenças identificadas e tratadas em qualquer época que contribui para o quadro:		
22. Nome e telefone dos médicos que atenderam o paciente anteriormente		

Em caso de evolução para óbito

23. Data do óbito / /	24. Data do último atendimento / /	25. Hora e local aonde foi constatado óbito?
--------------------------	---------------------------------------	--

26. Informar a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a morte:

27. Causa Mortis:  
Primária:  
Secundária:

28. Foi médico do paciente durante a doença causadora da morte? Desde quando?

29. Houve alguma causa especial que direta ou indiretamente contribuiu para a morte? (hábitos, ocupação, comorbidades) especifique:

30. Tempo de evolução da doença até o óbito

O ABAIXO ASSINADO, DECLARANTE, RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDAO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Nome do médico	CPF	No. do CRM
Endereço (Rua, número, complemento)	Cidade / Estado	Telefone (DDD, Telefone, Ramal)
Local e Data	Assinatura e Carimbo do médico assistente	