

NOME DO SEGURADO _____ PROPOSTA _____

SEXO M F ESTADO CIVIL Solteiro Casado Viúvo Divorciado NACIONALIDADE _____

CPF _____ PROFISSÃO _____

E-MAIL _____ TELEFONE PARA CONTATO _____ TELEFONE CELULAR _____

PARA EVENTUAL PAGAMENTO, FAVOR INFORMAR ABAIXO OS DADOS BANCÁRIOS DA CONTA CORRENTE OU POUANÇA DE TITULARIDADE DO (A) SEGURADO (A).

(* Alertamos que não é possível efetuar crédito dos eventuais pagamentos de indenização e, contas bancárias de terceiros (não beneficiário/ segurado).

NOME DO BANCO _____ Nº DO BANCO _____ AGÊNCIA _____ CONTA CORRENTE _____ DÍGITO DA C/C _____

TEM COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES EM OUTRA SEGURADORA? Sim Não SE AFIRMATIVO, INFORME O NOME DA SEGURADORA _____

DADOS DO DECLARANTE (SE DIFERENTE DO SEGURADO)

NOME DO DECLARANTE _____ E-MAIL _____

CPF _____ TELEFONE PARA CONTATO (DDD) _____

RELATÓRIO MÉDICO

AS INFORMAÇÕES SEGUINTE DEVERÃO SER PRESTADAS PELO MÉDICO QUE ACOMPANHOU O SEGURADO DURANTE SEU TRATAMENTO

1. Data e motivo da primeira consulta?

____/____/____

2. O paciente preenche os critérios clínicos para o diagnóstico de demência (qualquer etiologia)? () Sim () Não

3. O paciente preenche critérios clínicos para Doença de Alzheimer provável? () Sim () Não

Data do diagnóstico de Doença de Alzheimer:

____/____/____

4. Informe quais os critérios usados na determinação diagnóstica de Doença Alzheimer:

5. Houve comprovação de mutação genética causadora de Doença de Alzheimer no paciente ou em familiares? () Sim () Não.

Caso afirmativo, forneça detalhes.

6. Foram feitos exames biomarcadores relacionados ao processo patogênico da Doença de Alzheimer? () Sim () Não

Caso afirmativo, forneça detalhes

7. Em que data se manifestaram os sintomas iniciais da doença?

8. Foi realizado mini exame do estado mental (MEEM)? () Sim () Não

Em caso afirmativo, indique o resultado.

9. O paciente tem perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social? () Sim () Não

Observações:

10. Foi observada alteração da personalidade? () Sim () Não

Observação:

11. Houve início gradual e declínio progressivo da função cognitiva constatados por avaliações sucessivas? () Sim () Não

Observações:

12. O paciente tem distúrbio da consciência? () Sim () Não

Observações:

13. Os exames neuropsicológicos e de neuroimagem (ressonância, tomografia etc.) mostraram achados compatíveis e excluíram outras possibilidades diagnósticas? () Sim () Não

Observações:

14. O paciente está orientado no tempo e no espaço? () Sim () Não

15. O paciente é independente para tomar banho, se vestir, se alimentar, usar o banheiro? () Sim () Não

Observações:

16. O paciente mora em Instituição ou depende de supervisão contínua (24h) de terceiros? () Sim () Não

17. Houve internação hospitalar? () Não () Sim

Nome do hospital: _____

Data da internação: ____/____/____

Data da alta hospitalar: ____/____/____

18. Houve cirurgia? () Não () Sim

Nome da cirurgia: _____

Data da cirurgia: ____/____/____

19. Qual o prognóstico?

20. Nome do médico que assistiu o paciente anteriormente com relação a essa doença. Especialidade, telefone de contato

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE
(a assinatura do médico deverá ter firma reconhecida)

Afirmo que as respostas acima são completas e verdadeiras e estou ciente do artigo 80 do Código de Ética Médica, de 2009 (Artigo 80 - é vedado ao médico: "Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.")

Observação: Favor datar, assinar, informar CRM legível e carimbar este formulário, informando seus meios de contatos profissionais, com telefones, desde já autorizando ser contactado pela Assessoria Médica da Cia. Seguradora, para fins de esclarecimentos adicionais sobre os dados médicos registrados.

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO

LOCAL E DATA: ____/____/____

NOME COMPLETO: _____ CRM: _____

E-MAIL: _____

TELEFONES: _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SEGURADO(A)

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO E ENTREGUE NA SEGURADORA

- () Cópia simples do RG, CPF e comprovante atualizado de residência (com validade de até 3 meses) do Segurado;
- () Cópia simples do resultado de todos os exames realizados - diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme;
- () Cópia do resumo de alta hospitalar;
- () Original do modelo do Registro de Informações Cadastrais Pessoa Física - Circular SUSEP 445/12 preenchido por todos os beneficiários; (vide alínea "d" do item **NOTA**, abaixo)

NOTA:

- a) A entrega de toda documentação agiliza a análise do processo, procure dar entrada somente quando tiver todos os documentos acima listados em mãos.
- b) Para facilitar e verificar se todos os documentos necessários para abertura do processo foram entregues, assinale com "x" a frente da cada um deles.
- c) Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora.
- d) Os formulários citados poderão ser impressos no site da Porto Seguro, conforme caminho a seguir: www.portoseguro.com.br / Vida e Previdência / Em caso de sinistro.

Porto Seguro Cia de Seguros Gerais

Al Barão de Piracicaba, 618 - Campos Elíseos - São Paulo - CNPJ 61.198.164/0001-60

Atendimento Grande São Paulo: Chat On-line Porto Seguro - <http://www.portoseguro.com.br/> Canais de Atendimento/ Seguro Vida, ou através do telefone (11)3366-3377 - Outras Localidades: 0800 727 9393 - De segunda a sexta-feira, das 08:15 as 18:30.

SAC: 0800 727 2746 (Informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos)

Ouvidoria: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184

Site: www.portoseguro.com.br