

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

3 - CENTRAL DE RELACIONAMENTO

4002-0040 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 285 3000 (demais localidades)

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

DADOS DO PLANO

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)?

EM CASO DE NEOPLASIAS MALIGNAS

15 - Data do primeiro diagnóstico da doença.

16 - Qual o sítio primário da doença e qual o diagnóstico histopatológico?

17 - Qual é o estadiamento atual da doença?

18 - Qual é o tratamento proposto e qual será a sua duração?

EM CASO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

19 - Qual é o tipo de AVC sofrido (Hemorragico ou Isquêmico)?

20 - Quais são as sequelas neurológicas presentes e que podem ser consideradas definitivas?

21 - Informar a data do exame que diagnosticou o AVC e transcrever sua conclusão.

22 - Havia histórico de Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus? Desde quando (data)?

EM CASO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

23 - Informar a data do diagnóstico do Infarto Agudo do Miocárdio.

24 – Quais foram os achados eletrocardiográficos ou laboratoriais que embasaram seu diagnóstico?

25 – Qual a conduta utilizada e quais foram seus resultados imediatos?

26 – Havia histórico de Doenças Cardiovasculares ou Diabetes Mellitus? Desde quando (data)?

EM CASO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

27 – Quais foram os achados clínicos ou laboratoriais que embasaram seu diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica?

28 – O(A) segurado(a) encontra-se em diálise regular? Desde quando (data)?

29 – Há previsão de transplante renal nos próximos seis meses?

30 – Qual a data do primeiro diagnóstico da Nefropatia (estágio inicial)?

EM CASO DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

31 – Qual foi a cirurgia (transplante)? Quando (data)?

32 – Qual(is) o(s) nome(s) e CRM do(s) médico(s) que diagnosticou(aram) a doença de base e indicou(aram) o transplante?

33 – Qual o estado clínico atual do(a) segurado(a)? Há sinais de rejeição do órgão transplantado?

34 – Em caso de já haver alta definitiva pós-transplante, informar quando (data)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUE POSSAM SER PRESTADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE:

Afirmo pela presente, que assisti o segurado desde o dia _____ de _____ de _____ até o dia _____ 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).

Ouvidoria Icatu Seguros: 0800 286 0047, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados (ao ligar, tenha em mãos o número do protocolo de atendimento).