

FOP 008

AVISO DE SINISTRO RDIH RENDA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DECLARAÇÕES DO SEGURADO					
Nome		CPF		Data de nascimento / /	
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
E-mail					
DADOS DE INTERNAÇÃO					
Hospital			Data de nascimento / /		
Cidade					
Endereço					
Telefone		Data da Internação / /		Data da Alta / /	
Motivo da Internação					
Possui Convênio?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Quais?	
Nome do Médico Assistente				CRM	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO					
<p>AUTORIZO OS PERITOS DA SEGURADORA A REQUERER INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADAS OU ESTADUAIS, QUE TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTOS MÉDICO LEGAL, PROMOVENDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALAR. TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ME ASSISTIR A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS, TAMBÉM DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.</p>					

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

FOP 008

**ATESTADO DO MÉDICO ASSISTENTE
RENDA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

RELATÓRIO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE		
Nome do Segurado		Idade
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Hospital	
Cidade		
Data da Internação / /	Data da Alta / /	
Permanência Total	Dias (por extenso)	
Permanência na Enfermaria	Dias (por extenso)	
Permanência na UTI	Dias (por extenso)	
Diagnóstico no Momento da Internação (CID 10)		
Sinais/Sintomas que Indicaram a Internação		
Exames que Firmaram o Diagnóstico		
Diagnóstico por Ocasão da Alta (CID 10)		
Data do Diagnóstico do Acidente/Doença que Indicou a Internação		
O Segurado sofreu ou é portador de outra doença/acidente que agravou a doença atual? Cite a moléstia e o tempo de diagnóstico.		
Quais os tratamentos que o Segurado realizou durante a internação? Em caso de cirurgias, citar a data e o procedimento realizado.		
O Segurado necessitou de prorrogação do tempo de internação? Cite as complicações e o tempo necessário de prorrogação.		
Quais as condições de saúde por ocasião de alta hospitalar?		
Nome do Médico	CRM	Especialidade
Endereço Comercial		
Telefone	E-mail	

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.