

NOME DO SEGURADO		PROPOSTA
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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. Diagnóstico preciso da doença

---



---



---

2. Data do diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Datas e resultados dos principais exames realizados na investigação diagnóstica (exames de imagem, marcadores tumorais, cito e anatomopatológicos de punções, biópsias, etc.)

---



---



---

4. O paciente recebeu algum outro diagnóstico de câncer antes deste? Se afirmativo, favor indicar data e detalhes dos antecedentes.

( ) Sim ( ) Não

5. Antes do diagnóstico, o paciente fazia acompanhamento médico de quadro relacionado à neoplasia atual (nódulo, cisto, alteração de exame etc.)?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, por favor indique a partir de quando e detalhes.

---



---



---

6. Descrição e data de início dos primeiros sintomas/sinais da doença atual

---



---



---

7. Tempo estimado de evolução da doença até o diagnóstico, segundo informações obtidas na anamnese:

\_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses.

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

Data da internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Hospital \_\_\_\_\_

Data da alta hospitalar \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Outras internações \_\_\_\_\_

9. Houve cirurgia?

Data da cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da cirurgia \_\_\_\_\_

Data da cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da cirurgia \_\_\_\_\_

10. O paciente foi submetido ou tem programação de:

Radioterapia ( ) Sim ( ) Não Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quimioterapia ( ) Sim ( ) Não Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hormonioterapia ( ) Sim ( ) Não Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Outras terapias ( ) Sim ( ) Não Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações sobre o tratamento:

---

---

---

11. Assinale todas as questões abaixo. O paciente apresenta especificamente um ou mais dos seguintes diagnósticos:

Tumor pré-maligno, não invasivo ou *in situ*? ( ) Sim ( ) Não

Câncer de próstata Gleason < 7 ou menos avançado que T2,N0,M0? ( ) Sim ( ) Não

Câncer de pele não melanoma e sem metástase? ( ) Sim ( ) Não

Melanoma estágio IA (T1a,N0,M0 - Breslow d" 1mm, sem ulceração)? ( ) Sim ( ) Não

Carcinoma papilífero da tireoide < 1cm, estadiamento T1,N0,M0? ( ) Sim ( ) Não

Tumor maligno na presença do vírus da imunodeficiência humana? ( ) Sim ( ) Não

12. Qual o estadiamento anatomopatológico do câncer atual?

---

---

---

13. Houve complicações intercorrentes? Quais?

---

---

---

14. Qual o prognóstico? Se possível, esclareça a expectativa de sobrevida do paciente

---

---

---

15. Por favor, forneça detalhes sobre hábitos do paciente (tabagismo, etilismo etc.), histórico médico-pessoal ou histórico familiar, que possam ter contribuído para a condição atual do paciente.

---

---

---

16. Local do tratamento atual

( ) Domicílio ( ) Consultório ( ) Clínica ( ) Hospital

17. Se hospital ou clínica, por favor informe o nome do estabelecimento

Tel: ( ) \_\_\_\_\_

18. Data em que assistiu o paciente pela primeira vez (qualquer motivo) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

19. Motivo do primeiro atendimento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Outras informações que considere relevante para avaliação da nossa área médica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 contatado 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 hospital;
- ( ) 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](http://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](http://www.portoseguro.com.br)