

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. Data da primeira consulta relacionada ao quadro que resultou no transplante: ____/____/____

2. Causa (doença subjacente) do transplante.

3. Duração da doença subjacente, segundo informações obtidas.

4. O paciente participou como: () doador () receptor

5. Origem - Doador humano? () Sim () Não

Caso afirmativo: () Vivo () Morto

6. Especificar órgão, membro ou segmento que foi transplantado

7. Sobre o transplante, houve:

- | | |
|---|-----------------|
| a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial? | () Sim () Não |
| b) Transplantes com órgãos de animais (não humanos)? | () Sim () Não |
| c) Autotransplantes (medula, mãos etc.)? | () Sim () Não |
| d) Transplantes de córnea ou de pele? | () Sim () Não |
| e) Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas)? | () Sim () Não |
| f) Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas? | () Sim () Não |

8. Houve ingresso na fila de transplante? Quando?

9. Nome da cirurgia: _____

Data da internação: ____/____/____

Data da alta hospitalar: ____/____/____

Nome do hospital _____

10. Prognóstico

11. 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 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 de 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