

Prezado doutor,

Seu paciente tem uma apólice de seguro de vida que oferece um benefício **se ele estiver com doença terminal E sua expectativa de vida for inferior a 12 meses.**

Para avaliar esta afirmação, pedimos que você forneça um relatório sobre a doença e o prognóstico deste paciente, incluindo respostas às seguintes perguntas:

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nº de identificação: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: dd/mm/aa

1. Fornecer diagnóstico definitivo, comorbidades e complicações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Data do Diagnóstico: dd/mm/aa

3. Descreva quais sintomas estavam presentes inicialmente e sua duração:

SINTOMAS	DATA DE INÍCIO	DURAÇÃO DOS SINTOMAS

4. Forneça as datas e resultados dos testes/investigações para esta condição:

SINTOMAS	DATA DE INÍCIO	DURAÇÃO DOS SINTOMAS

5. Confirme o(s) sitio(s)/órgão(s) afetado(s) e a gravidade da doença: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Confirme a histologia e o estadiamento e forneça uma cópia de todos os relatórios patológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Indique se seu paciente é fumante e se faz uso abusivo de alguma substância e, em caso afirmativo, explique qual tipo, quantas por dia e por quanto tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Este paciente já teve a mesma condição ou uma condição relacionada?  
Se sim, por favor explique: **SIM**  **NÃO**  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Existe histórico familiar desta doença?  
Se sim, por favor explique: **SIM**  **NÃO**  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Qual é a condição médica atual do paciente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Existe uma mutação condutora passível de tratamento direcionado? (Por favor forneça detalhes) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Forneça detalhes do tratamento atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Qual tem sido a resposta do paciente ao tratamento? \_\_\_\_\_

---

---

14. Todas as opções de tratamento foram esgotadas? **SIM**  **NÃO**

15. Quais são os planos de tratamento futuros e qual é o objetivo desse tratamento?

---

---

16. Existem fatores de risco que afetam o prognóstico? **SIM**  **NÃO**

Se sim, por favor providencie detalhes: \_\_\_\_\_

---

---

17. Qual é o prognóstico na sua opinião? \_\_\_\_\_

---

---

18. Na sua opinião, a sua esperança de vida é inferior a 12 meses? **SIM**  **NÃO**

Por favor, explique as razões/base da sua opinião: \_\_\_\_\_

---

---

19. Há alguma outra informação que consideraríamos útil na avaliação da alegação deste paciente? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## INFORMAÇÕES MÉDICAS

Nome completo: \_\_\_\_\_ Número de identificação: \_\_\_\_\_

Correio eletrônico: \_\_\_\_\_ Número de licença profissional: \_\_\_\_\_

Telefone do escritório: \_\_\_\_\_

Número do WhatsApp: \_\_\_\_\_

Como médico assistente autorizado, autorizo todos os hospitais onde o segurado foi tratado a conceder ao Olé Insurance Group Corp. todos os relatórios referentes ao segurado, incluindo todos os dados sobre condições anteriores. Sob juramento de dizer a verdade, declaro que as informações prestadas neste formulário são corretas e verdadeiras e entendo que qualquer pessoa que envie informações falsas ou imprecisas é culpada de um crime e está sujeita às penalidades cabíveis.

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

Data: dd/mm/aa

### Por favor inclua os seguintes documentos:

1. Cópia dos laudos de todos os exames médicos realizados desde a data do diagnóstico original.
2. Cópia das anotações do consultório de todas as consultas desde a data do diagnóstico original.
3. Nome e informações de contato de qualquer outro médico envolvido no atendimento deste paciente.