

**Relatório Médico para Cobertura de Reembolso Transplante de  
Órgãos a ser Preenchido pelo(s) Médico(s) Assistente(s)**

Os esclarecimentos prestados neste relatório são fundamentais para análises e cálculos das despesas médico-hospitalares a serem reembolsadas ao Associado. As informações serão consideradas sigilosas pelo Departamento Médico da Bradesco Previdência e Seguros S.A.

1	A) Nome do Segurado		B) CPF/MF	
	A) Nome Médico Assistente		B) CRM	C) Especialidade
2	D) Endereço		E) Bairro	F) Cidade
	H) Telefone		G) UF	
3	A) Nome do Hospital ou Clínica			
	B) Endereço			C) Bairro
	D) Cidade		E) UF	F) Telefone
	G) Data da Internação	H) Data de Intervenção	I) Data da Alta	J) N° Dias
4	A) Motivos que justificaram a Internação		B) Tempo de Evolução da Doença	
			Anos	Meses
5	Diagnóstico Principal, informando a data			
6	Diagnóstico Secundário, informando a data			
7	Complicações Intercorrentes			
8	Tipo(s) de Tratamento(s) Ministrado(s)			
9	Serviços Especializados			
	CTI _____ Dias _____			
10	A) Descrição e data dos exames de imagens realizados			B) N° de Incidências

**Relatório Médico para Cobertura de Reembolso Transplante de  
Órgãos a ser Preenchido pelo(s) Médico(s) Assistente(s)**

<b>11</b>	A) Anestesia	B) Tipo	
	<input type="checkbox"/> Análises Clínicas	→	<b>Anexar e especificar exames realizados</b>
<b>12</b>	<input type="checkbox"/> Anatomia Patológica	→	<b>Especificar</b>
	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Nebulização	<input type="checkbox"/> Assistência Ventilatória
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia (Especificar)		Nº de Sessões
<b>13</b>			
	A) Condições de Alta		
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhor	<input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Óbito
<b>14</b>	B) Causa Mortis		

Local: _____ Data: _____	Assinatura do Médico com Carimbo e CRM
--------------------------	----------------------------------------

Em caso de atendimento por médico de outra especialidade, deverá ser preenchido o relatório médico isoladamente por cada especialista, informando o tipo de atendimento prestado e o período de acompanhamento.

Central de Sinistro de Seguros de Pessoas Comunicação e Informações de Sinistro de Seguros de Pessoas Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2794 Demais Localidades: 0800 701 2794 Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h00, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,  
contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.