

### 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.

<b>1</b>	A) Nome do Segurado					B) Código			
	C) Idade		D) Sexo		E) Profissão		F) Nacionalidade		
	G) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão		Validade
<b>2</b>	A) Médico Assistente - Nome				B) CRM		C) Especialidade		
	D) Endereço				E) DDD - Telefone		F) CPF/MF		Controle
	G) Bairro				H) Cidade				I) UF
	J) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão		Validade
<b>3</b>	A) Nome do Hospital ou Clínica								
	B) Endereço						C) DDD - Telefone		
	D) Bairro				E) Cidade				F) UF
	G) Data da Internação			H) Data de Intervenção		I) Data da Saída			J) Nº Dias
<b>4</b>	A) Motivos que justificaram a Internação					B) Tempo de Evolução da Doença			
						Anos	Meses	Dias	Horas
<b>5</b>	Diagnóstico Principal								
<b>6</b>	Diagnóstico Secundário								
<b>7</b>	Complicações Intercorrentes								
<b>8</b>	Tipo(s) de Tratamento(s) Ministrado(s)								

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

<b>9</b>	Serviços Especializados <input type="checkbox"/> CTI _____ Dias _____	<input type="checkbox"/> Hemoterapia	Especificar Tipos e Quantidades		
	<input type="checkbox"/> Radiológicos	<input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>10</b>	A) Radiografias Realizadas				B) N° de Incidências
<b>11</b>	A) Anestesia	B) Tipo			
<b>12</b>	A) Nome do Médico Anestesista				B) CRM
	C) Doc. Identificação - Tipo	N° Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão
	D) Endereço				E) DDD - Telefone
	F) Bairro		G) Cidade		H) UF
<b>13</b>	<input type="checkbox"/> Análises Clínicas →	<b>Anexar e especificar exames realizados</b>			
<b>14</b>	<input type="checkbox"/> Anatomia Patológica →	<b>Especificar</b>			
<b>14</b>	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Nebulização	<input type="checkbox"/> Assistência Ventilatória		
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia (Especificar)				N° de Sessões

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

<b>Equipe Médica</b>						
A) Cirurgião		CRM		CPF/MF	Controle	
Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
B) 1º Auxiliar		CRM		CPF/MF	Controle	
Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
C) 2º Auxiliar		CRM		CPF/MF	Controle	
Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
D) Instrumentador		CRM		CPF/MF	Controle	
Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
15	E) Clínico		CRM		CPF/MF	Controle
	Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade
	F) Outros		CRM		CPF/MF	Controle
	Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade
	G) Outros		CRM		CPF/MF	Controle
	Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade
	H) Outros		CRM		CPF/MF	Controle
	Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade

16	A) Condições de Alta			
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhor	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Óbito
B) Causa Mortis				

Local e 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.