

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

01 - Nome do Segurado(a)

02 - Data do Nascimento

03 - CPF/MF

04 - Telefone para contato

05 - Há quanto tempo o segurado encontra-se doente, segundo conhecimento pessoal?

anos

meses

dias

06 - Duração segundo informações obtidas:

anos

meses

dias

07 - Data de sua primeira visita durante a última enfermidade

08 - Data da última visita

09 - Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico da doença referida.

10 - Exame físico e/ou mental, se for o caso.

11 - Descrição e data dos exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico (anexar cópia dos principais exames).

12 - Descrição e data dos tratamentos realizados.

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

13 - Para cada item abaixo, assinale alternativa que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado:

Item 1	<input type="checkbox"/> O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta-se retido ao lar, tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.
Item 2	<input type="checkbox"/> O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta disfunção(ções) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e a desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com a interação de assistência e/ou auxílio técnico.
Item 3	<input type="checkbox"/> O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos. <input type="checkbox"/> O segurado necessita de assistência e/ou de auxílio técnico eventuais para trocar de roupas; entrar ou sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares, misturar ou cortar alimentos, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com o uso do copo, prato e talheres. <input type="checkbox"/> O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e de asseio pessoal diário, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho com as suas atividades fisiológicas de subsistência alimentar diárias.

14 - É doença Profissional?

 Sim Não

15 - Encontra-se o segurado com o quadro clínico estabilizado?

 Sim Não

16 - Data da caracterização da invalidez independente da data do diagnóstico.

17 - Indicar data desde quando tem sido seu médico.

18 - Data do preenchimento do formulário

19 - Nome do Médico

20 - CRM

21 - Telefone Médico Avaliador

22 - Endereço do consultório (ou outros)

23 - Bairro

24 - Cidade

25 - CEP

26 - UF

27 - E-mail

28 - Assinatura do médico (com carimbo e CRM), a informação:

Atenção: é imprescindível o preenchimento de todos os campos.

Afirmo pela presente que as respostas acima são completas e verdadeiras