

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

01 - Nome do Segurado(a)*					02 - Data do Nascimento*	
03 - Sexo	04 - Cor		05 - Estado Civil		06 - Naturalidade	
07 - Nacionalidade		08 - Profissão			09 - CPF/MF*	
10 - Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
11 - Endereço (Rua, Av., Praça etc.)				DDD	Telefone	
12 - Bairro		13 - Cidade		14 - CEP	15 - UF	
16 - Há quanto tempo o segurado encontra-se doente, segundo conhecimento pessoal?*						
		anos	meses	dias		
17 - Duração segundo informações obtidas:						
		anos	meses	dias		
18 - Data de sua primeira visita durante a última enfermidade				19 - Data da última visita		
20 - Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico da doença referida.*						

21 - Quais os exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico? (anexar cópia dos principais exames).*

22 - Indique o tratamento realizado.*

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

23 - 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.
24 - É doença Profissional?*	25 - Encontra-se o segurado com o quadro clínico estabilizado?*
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26 - Data da caracterização do quadro clínico independente da data do diagnóstico.*	27 - Indicar data desde quando tem sido seu médico.*

Afirmo pela presente que as respostas acima são completas e verdadeiras

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

28 - Localidade		Data*	
29 - Nome do médico*		CRM*	
30 - Endereço do consultório (ou outros)			
Telefone*		E-mail*	
Bairro	Cidade	CEP*	UF

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

Atenção: é imprescindível o preenchimento dos campos com asterisco.

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.