

## DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD MÉDICO-ASSISTENTE

DADOS DO SEGURADO							
Estipulante/Empregador					Apólice/Certificado		
Nome Completo					CPF		
RG/RNE		Órgão Expedidor	Data de Expedição		Data de Nascimento		Estado Civil
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Profissão/Atividade				Data de Admissão na Empresa		Nacionalidade
Endereço Residencial				Nº.	Complemento	CEP	
Bairro		Cidade		UF	Telefone (DDD)		
Há quanto tempo encontra-se o segurado doente, segundo conhecimento pessoal? anos                                    meses                                    dias				Duração segundo informações obtidas: anos                                    meses                                    dias			
Data de sua primeira visita durante a última enfermidade.				Data da última visita			
Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico da doença incapacitante.							
Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico de outras moléstias (secundárias) que contribuíram diretamente com a incapacidade.							
Quais os exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico? Anexar cópia dos principais exames.							
Indique o tratamento clínico/cirúrgico em regime hospitalar (período/diagnóstico/hospital).							

**RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE | SEGURADO:**

Para cada item abaixo, assinale somente uma alternativa que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado.

<b>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</b>	<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?
<b>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAS DO SEGURADO</b>	<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(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e 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 interação de assistência e/ou auxílio técnico?
<b>CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</b>	<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 a autosuficiência 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 auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?
	<input type="checkbox"/>	O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS** **RESPOSTAS ADICIONAIS**

A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40?	
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	
Existem mais de 2 fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	

É doença profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Encontra-se o segurado com o quadro clínico estabilizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Data da caracterização da incapacidade, independente da data do diagnóstico.	Indicar data desde quando tem sido seu médico.	Foi seu médico durante a moléstia que o invalidou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Mencione outros médicos que atenderam o segurado anteriormente (nome, endereço e telefone).

**Afirmo pela presente, que as respostas acima são completas e verdadeiras.**

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

Assinatura do médico (reconhecer firma)