

**Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total
por Doença pelo Médico Assistente**

01 - Nome do Segurado				02 - Data do Nascimento	
03 - Sexo	04 - Renda	05 - Estado Civil		06 - Naturalidade	
07 - Nacionalidade		08 - Profissão		09 - CPF	
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? <div style="text-align: center;"> anos meses dias </div>					
17 - Duração segundo informações obtidas: <div style="text-align: center;"> anos meses dias </div>					
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 incapacitante					
21 - Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico de outras moléstias (secundárias) que contribuíram diretamente com a incapacidade					
22 - Quais os exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico? (anexar cópia dos principais exames)					
23 - Indique o tratamento clínico/cirúrgico em regime hospitalar (período/diagnóstico/hospital)					

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Assistente

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

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS.

Item 1	<p><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.</p> <p><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.</p> <p><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.</p>
Item 2	<p><input type="checkbox"/> O segurado apresenta-se hábil; 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.</p> <p><input type="checkbox"/> O segurado apresenta disfunção(ões) 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.</p> <p><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.</p>
Item 3	<p><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 auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p> <p><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.</p> <p><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</p>

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE.

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Definição
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	<input type="checkbox"/> SIM ⇔ <input type="checkbox"/> NÃO
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	<input type="checkbox"/> SIM ⇔ <input type="checkbox"/> NÃO
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravamento mantido associado ou não à disfunção imunológica.	<input type="checkbox"/> SIM ⇔ <input type="checkbox"/> NÃO
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	<input type="checkbox"/> SIM ⇔ <input type="checkbox"/> NÃO
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	<input type="checkbox"/> SIM ⇔ <input type="checkbox"/> NÃO

**Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total
por Doença pelo Médico Assistente**

25 – É doença Profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		26 – Encontra-se o segurado com o quadro clínico estabilizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 – Data da caracterização da incapacidade, independente da data do diagnóstico.	28 – Indicar data desde quando tem sido seu médico.	29 – Foi seu médico durante a moléstia que o invalidou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
30 – Mencione outros médicos que atenderam o segurado anteriormente (nome, endereço e telefone)			
Afirmo pela presente que as respostas acima são completas e verdadeiras			
31 – Localidade		Data	
32 - Nome do médico		CRM	
33 – Endereço do consultório (ou outros)			
Telefone		E-mail	
Bairro	Cidade CEP		UF
34 - Assinatura do médico (reconhecer firma)			

**CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

MATRIZ: Rua São Clemente, 38, 5º Andar - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22260-900 - CNPJ 08.602.745/0001-32
Central de Relacionamento com Clientes - 0800 723 3030 - www.capemisa.com.br
CHAT - Atendimento ON-LINE - Este atendimento é preferencial às pessoas com deficiência auditiva e/ou de fala