

DADOS DO SEGURADO

Nome completo			Data de nascimento	CPF
Endereço (Rua, Avenida, etc.)			N.º	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
DDD	Telefone	Celular <input type="checkbox"/>	WhatsApp <input type="checkbox"/> E-mail	

DADOS DO SINISTRADO (Preencher apenas quando o sinistrado não for o segurado principal)

Nome completo			Data de nascimento	CPF
Endereço (Rua, Avenida, etc.)			N.º	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
DDD	Telefone	Celular <input type="checkbox"/>	WhatsApp <input type="checkbox"/> E-mail	

Atenção: Esclarecemos que só fica caracterizada à invalidez após alta médica e fisioterápica definitiva e emissão de laudo informando percentualmente o dano definitivo.

DADOS BANCÁRIOS

Forma de pagamento Crédito em: Poupança Conta Corrente

Banco	Cód. Banco	Cód. Agência	D.V.	Conta Corrente	D.V.
-------	------------	--------------	------	----------------	------

Atenção: Os campos abaixo devem ser preenchidos pelo médico assistente do segurado.

DADOS DA DOENÇA

Há quanto tempo o segurado se encontra doente, segundo conhecimento pessoal? ____ anos ____ meses ____ dias.	Há quanto tempo o segurado se encontra doente, segundo informações obtidas? ____ anos ____ meses ____ dias.
Data da sua primeira visita durante a última enfermidade: ____/____/____	Data da sua última visita durante a última enfermidade: ____/____/____
Data da caracterização da incapacidade, independente da data do diagnóstico: ____/____/____	A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso / e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.

Sim Não

Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.

Sim Não

É doença profissional?

Sim Não

Encontra-se o segurado com quadro clínico estabilizado?

Sim Não

Informe abaixo CID e descrição da doença incapacitante.

Informe abaixo CID, descrição 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 exames)

Informe o tratamento clínico/cirúrgico em regime hospitalar (detalhando: período, diagnóstico e hospital)

Assinale nas tabelas abaixo, cada item com a alternativa que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado.

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

ITEM 1

() 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.

() 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.

() 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

() 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.

() 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.

() 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.

() 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.

() 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.

() 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 suas atividades fisiológicas de subsistência alimentar diária.

Se julgado necessário, use o espaço abaixo para fazer algum comentário.

DADOS DO MÉDICO DECLARANTE

Nome completo				CRM	
Endereço comercial (Rua, Avenida, etc.)			N.º	Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP
DDD	Telefone	Celular	<input type="checkbox"/> WhatsApp	E-mail	

Informe quando iniciou a tratar do segurado: ___/___/_____	Foi seu médico durante a moléstia que o invalidou? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
---	---

Mencione outros médicos que atenderam o segurado anteriormente (informar: nome endereço e telefone comercial)

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

Data / /	Assinatura
-------------	------------