

**AVISO DE SINISTRO IFPD  
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**

DECLARAÇÕES DO SEGURADO			
Nome do Segurado		CPF	
Endereço		Bairro	
Cidade	CEP	UF	Data de Nascimento / /
Telefone (DDD)		E-mail	
Profissão		Última Ocupação	

**Além deste formulário, devem ser preenchidos o Atestado do Médico Assistente e o Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional.**

Quais foram os sintomas iniciais que observou?	
Quando sentiu os sintomas pela 1ª vez?	
Quando consultou pela 1ª vez, um médico com respeito à lesão ou moléstia que lhe determinaram a invalidez?	
Está em tratamento atualmente?	Em casa, hospital ou consultório médico?
Está habilitado a receber benefícios por invalidez, de um instituto ou de alguma outra Companhia de Seguros? Em caso afirmativo, informe detalhes a respeito.	
No seu instituto está recebendo "auxílio doença"? Ou já aposentado definitivamente por invalidez? Se aposentado, qual a data da concessão da aposentadoria?	
Indique os nomes e endereços de todos os médicos que consultou durante essa enfermidade.	
Existem outros fatos não abrangidos por este documento, que possam interessar na análise do processo?	
<b>ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO.</b>	
AUTORIZO A PREVISUL SEGURADORA, OU SEU REPRESENTANTE DEVIDAMENTE AUTORIZADO A SOLICITAR INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADAS OU NÃO, QUE TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTO MÉDICO LEGAL, PROMOVENDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICOS-HOSPITALARES. TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ME ASSISTIR A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS, E TAMBÉM DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.	

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO  
COM FIRMA RECONHECIDA

FOP 003

**ATESTADO DO MÉDICO ASSISTENTE  
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**

RELATÓRIO MÉDICO - A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE		
Nome do Segurado		
Diagnóstico da doença - Código do CID		
Qual a origem e evolução da doença?		
De que forma foi diagnosticada a doença e a quais tratamentos o Segurado foi submetido? Exames realizados e mencionar datas:		
Qual o tratamento e a sua duração?		
O Segurado tinha conhecimento da doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Desde quando? / /
Há quanto tempo trata do Segurado?	Data da 1ª consulta / /	Data da última consulta / /
Data do início da doença / /	Data do diagnóstico / /	Data da constatação da invalidez / /
O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
A invalidez é considerada: <input type="checkbox"/> Parcial e Temporária <input type="checkbox"/> Parcial e Permanente <input type="checkbox"/> Total e Temporária <input type="checkbox"/> Total e Permanente		
Houve internação hospitalar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Período De / / a / /	
Nome do Hospital		
Queira indicar seu diagnóstico definitivo em relação a moléstia para atestar a Incapacidade:		
Queira indicar os sintomas nos quais baseou o diagnóstico da moléstia para atestar a incapacidade:		
Se a moléstia for antiga, desde quando, em sua opinião, agravou-se a ponto de significar incapacidade total?		
Desde quando ele está efetivamente afastado?		
Está aposentado?	Qual o instituto?	
Eventuais observações, comentários ou informações complementares:		
Nome do Médico	CRM	Especialidade
Endereço Comercial		
Telefone	E-mail	

**Atenção: além deste formulário, será necessário o preenchimento do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional.**

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO  
COM FIRMA RECONHECIDA

FOP 003

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Qual(is) foi(ram) a(s) doença(s) diagnosticada(s)? \_\_\_\_\_

O paciente enquadra-se em algum dos Quadros Clínicos Incapacitantes abaixo? Escreva, de próprio punho, SIM ou NÃO.

QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES	RESPOSTA
Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave"	
Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ ou ao controle clínico	
Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ ou ao seu controle clínico	
Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), <b>única e exclusivamente em decorrência de doença</b>	
Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ ou sentido de orientação e/ ou das funções de dois membros, em grau máximo	
Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal	
Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica	
Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica	
Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°	
Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), <b>desde que atestado por profissional legalmente habilitado</b>	
Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros	
Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés	
Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés	

Caso o paciente não se enquadre nos Quadros Clínicos Incapacitantes acima, será necessário o preenchimento das demais tabelas a seguir relacionadas.

**AVISO IMPORTANTE: OS CASOS EM QUE O SOMATÓRIO EXCEDER 40 PONTOS ESTÃO PASSÍVEIS DE PERÍCIA MÉDICA.**

Instruções de preenchimento: Escreva, de próprio punho, **SIM** ou **NÃO**.

**TABELA 1**

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	RESPOSTA	*
1 - A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC - Índice de Massa Corporal superior a 40?		<b>02</b>
2 - Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?		<b>02</b>
3 - Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica?		<b>04</b>
4 - Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?		<b>04</b>
5-Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?		<b>08</b>

\*Pontos para uso da Seguradora.

FOP 003

Instruções de preenchimento: As perguntas são mutuamente exclusivas. Escreva, de próprio punho, **SIM** em apenas uma das perguntas em cada tabela subsequente e **NÃO** para as demais perguntas.

TABELA 2

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	RESPOSTA	*
1 - O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação? Deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida social, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?		00
2 - O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem de alienação mental?		10
3- 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?		20

\*Pontos para uso da Seguradora.

TABELA 3

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	RESPOSTA	*
1 - O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?		00
2 - 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?		10
3-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 internação de auxílio humano e/ou técnico?		20

\*Pontos para uso da Seguradora.

TABELA 4

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	RESPOSTA	*
1- O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-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?		00
2-O Segurado necessita de auxílio 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)?		10
3-O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diária?		20

\*Pontos para uso da Seguradora.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CRM

Endereço Comercial			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone		Celular	
E-mail			