

NOME DO SEGURADO	PROFISSÃO	IDADE
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 CÓPIAS DOS PRINCIPAIS EXAMES)		
INDIQUE O TRATAMENTO CLÍNICO / CIRÚRGICO EM REGIME HOSPITALAR (PERÍODO/ DIAGNÓSTICO/ HOSPITAL)		
PARA CADA UM DOS GRUPOS DE QUESTÕES, ASSINALE SOMENTE UMA ALTERNATIVA QUE MELHOR CARACTERIZE O ESTADO CLÍNICO ATUAL DO SEGURADO:		
GRUPO 1	<input type="checkbox"/> A) 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"/> B) 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"/> C) 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?	
GRUPO 2	<input type="checkbox"/> A) 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"/> B) O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÇÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADA (S) COMO REPERCURSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO? <input type="checkbox"/> C) 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?	
GRUPO 3	<input type="checkbox"/> A) 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"/> B) O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA E/OI 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 USO DE COPO, PRATO E TALHERES)? <input type="checkbox"/> C) 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 E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS?	
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: 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 PELO PRESENTE, QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
NOME DO MÉDICO		CRM N.º
ENDEREÇO COMPLETO		(DDD) TELEFONE
LOCAL, DATA E ASSINATURA DO MÉDICO		