

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PELO MÉDICO ASSISTENTE

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

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(ções) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e 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.

item 3

- O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se aos banheiros; 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.
- O segurado necessita de assistência e/ou 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 as suas atividades fisiológicas de subsistência alimentar diárias.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓBIDOS	RESPOSTAS ADICIONAIS
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC - Índice de Massa Corpórea 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?	

25. É doença Profissional? SIM NÃO

26. Encontra-se o segurado com quadro clínico estabilizado? SIM 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?

SIM 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)

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PELO MÉDICO ASSISTENTE