

## 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<br>/ / |  |
| 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?<br>Em caso afirmativo, informe detalhes a respeito.   |  |
| No seu instituto está recebendo "auxílio doença"? Ou já aposentado definitivamente por invalidez?<br>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>  |  |
| <p>AUTORIZO A PREVISUL SEGURODORA, 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, PROMOENDO 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 SEGURODORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS, E TAMBÉM DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.</p> |  |

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO  
COM FIRMA RECONHECIDA

**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?   | ( ) Sim ( ) Não            | Desde quando? / /                       |
| Há quanto tempo trata do Segurado?   | Data da 1ª consulta<br>/ / | Data da última consulta<br>/ /          |
| Data do início da doença<br>/ /  | Data do diagnóstico<br>/ / | Data da constatação da invalidez<br>/ / |
| O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos?<br>align="center">( ) Sim ( ) Não   |                            |   |
| A invalidez é considerada:<br>align="center">( ) Parcial e Temporária ( ) Parcial e Permanente ( ) Total e Temporária ( ) Total e Permanente |                            |   |
| Houve internação hospitalar?   | ( ) Sim ( ) Não            | Período<br>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

## 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

| CONNECTIVIDADE 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             |        |         |     |