

AVISO DE SINISTRO – INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL – IPDF

A ser preenchido pelo segurado

DADOS PESSOAIS

Nome do Segurado _____

CPF _____

Data de nascimento ____ / ____ / ____

Endereço _____

Telefone (____) _____

Empresa _____

E-mail _____

Autorizo a Seguradora, através de seus representantes/prestadores, a efetuar quaisquer levantamentos necessários, inclusive, cópias de exames, relatórios/declarações médicas, prontuários e outros documentos médicos, junto a hospitais, clínicas e/ou consultórios e empresas de seguro saúde/convênio médico.

Data: ____/____/____ _____

Local

Assinatura

(Indicar cartório para reconhecimento de firma)

A ser preenchido pelo médico assistente

1. Qual(is) o(s) diagnóstico(s) do segurado?

Primário _____ Desde quando ____ / ____ / ____

Secundário _____ Desde quando ____ / ____ / ____

Outros _____ Desde quando ____ / ____ / ____

2. Desde quando é médico assistente do segurado? ____ / ____ / ____

3. Qual o tratamento que está sendo realizado e plano futuro?

4. Resultados dos exames complementares principais e datas:

1 - ____ / ____ / ____ _____

2 - ____ / ____ / ____ _____

3 - ____ / ____ / ____ _____

5. Foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas aplicadas ao caso? Sim () Não ()

6. Quais as queixas atuais? _____

7. Assinale com X o questionário abaixo, conforme instruções:

Primeiro documento

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. **O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.**

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra **uma das situações** ali descritas. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser assinalados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

PRIMEIRO DOCUMENTO 1 (Atributos)		
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º - 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.	()
	2º - 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.	()
	3º - O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médica impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	()
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º - 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.	()
	2º - 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.	()
	3º - 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 interação de assistência e/ou auxílio técnico.	()
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º - 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 de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	()
	2º - O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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).	()
	3º - O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	()

SEGUNDO DOCUMENTO (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade)	
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – índice de massa corporal 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 à 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.	()

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me civil e criminalmente por elas. Estou ciente das sanções previstas em lei, caso tenha omitido ou prestado qualquer tipo de declaração não verdadeira.

Local e data: _____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ (reconhecer firma)

Nome: _____ CRM: _____ Especialidade: _____