

**INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE O SINISTRADO**  
**INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**

Nome do sinistrado: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO ASSISTENTE DO SINISTRADO**

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

Primário \_\_\_\_\_

Secundário \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

2- Desde quando é médico assistente do segurado? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3- Esteve o segurado afastado do trabalho nos últimos 36 meses?     ( ) SIM     ( ) NÃO

3.1- Em caso afirmativo, informar: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2- Qual o motivo? \_\_\_\_\_

4- Qual o tratamento que está sendo realizado e prescrições futuras?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5- Resultado dos principais exames complementares realizados:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

6- Foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas aplicadas ao caso?

( ) SIM     ( ) NÃO

7- A invalidez está caracterizada como definitiva?     ( ) SIM     ( ) NÃO

Desde quando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8- Quais as queixas atuais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9- Assinale com X o questionário abaixo, conforme instruções:

Primeiro documento: o 1º grau de cada atributo descrevem 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 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.

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 (Atributos)		
Relações do segurado com o cotidiano	1º - O segurado mantém suas relações interpessoais com a 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 - 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.	( )
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) comporvadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar 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 os 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 asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descarcar 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.	( )

<b>SEGUNDO DOCUMENTO (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade)</b>	
<b>A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC - Índice de massa corpórea superior a 40.</b>	<b>( )</b>
<b>Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.</b>	<b>( )</b>
<b>Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imune.</b>	<b>( )</b>
<b>Existem mais de dois fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.</b>	<b>( )</b>
<b>Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.</b>	<b>( )</b>

**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 verídica.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico assistente: \_\_\_\_\_