



01 - Nome do Segurado				02 - Data do Nascimento	
03 - Sexo	04 - Cor	05 - Estado Civil	06 - Naturalidade		07 - Nacionalidade
08 - Profissão		09 - RG		10 - CPF	
11 - Endereço (Rua, Av., Praça etc.)				DDD	Telefone
12 - Bairro		13 - Cidade		14 - CEP	15 - UF
16 - Há quanto tempo o segurado encontra-se doente, segundo conhecimento pessoal?					
anos		meses		dias	
17 - Duração segundo informações obtidas:					
anos		meses		dias	
18 - Data de sua primeira visita durante a última enfermidade			19 - Data da última visita		
20 - Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico da doença incapacitante					

21 - Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico de outras moléstias (secundárias) que contribuíram diretamente com a incapacidade

22 - Quais os exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico? (anexar cópia dos principais exames)

23 - Indique o tratamento clínico/cirúrgico em regime hospitalar (período/diagnóstico/hospital)



24 - Para cada item abaixo, assinale alternativa que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado:

Item 1	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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	<input type="checkbox"/> 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"/> O segurado apresenta disfunção(ções) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e a desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.
	<input type="checkbox"/> O segurado necessita de assistência e/ou de 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.
	<input type="checkbox"/> 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.

25 - É doença Profissional? Sim Não

26 - Encontra-se o segurado com o 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)			