



**1.21.3 Conectividade do Segurado com a vida**

O Segurado apresenta capacidade de realizar atividades de higiene e asseio pessoal diário, trocar de roupa, banhar-se e preparar alimentos (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir embalagens, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?

**1.21.4 Informações antropométricas**

Há riscos de sangramentos, rupturas e demais ocorrências eminentes que possam agravar a morbidade do caso?

**1.21.5 Informar se há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ao agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica:**

**1.21.6 Informar sobre fatores de risco e/ou repercussão vital decorrente da associação de doenças (informar quais) crônicas em atividade:**

**1.21.7 Informar sobre a existência ou não de risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica:**

**1.21.8 Em se tratando de cardiopatia, informar o enquadramento do paciente segundo a classificação funcional de NYHA ou CCS**

**1.21.9 Em se tratando de perda de visão, qual a acuidade visual em ambos os olhos?**

**1.21.10 Em se tratando de invalidez neuropsíquica, solicitamos informar:**

- Se o Segurado está apto a gerir seus próprios bens  NÃO  SIM
- Se o Segurado está alienado mental de forma total e incurável  NÃO  SIM

**2. Identificação Médica**

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.

A assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

2.1 Nome legível do Médico		2.2 Nº do CRM		2.12 Reconhecer Firma
2.3 Complemento		2.4 DDD	2.5 Telefone	
2.6 Bairro	2.7 Cidade	2.8 CEP	2.9 UF	
2.10 Assinatura e Carimbo		2.11 Data ____/____/____		