

## RELATÓRIO MÉDICO – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (para ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado, de forma legível)

### 1. Identificação

1.1 Nome Completo do Segurado	1.2 Idade	1.3 Peso	1.4 Altura	1.5 Pressão Arterial
-------------------------------	-----------	----------	------------	----------------------

1.6 Diagnóstico da Doença - Código do CID

---

1.7 Qual a origem, evolução da doença e quando se manifestou no Segurado? (dia/mês/ano)

---

1.8 De que forma foi diagnosticada a doença e a quais tratamentos o Segurado foi submetido? Exames realizados e mencionar datas:

---

1.9 Qual o resultado do tratamento e sua duração?

---

1.10 O Segurado tinha conhecimento da doença? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1.11 Desde quando? ____/____/____
--	--------------------------------------

1.12 Há quanto tempo trata do Segurado?

1.12.1 Data da 1ª consulta ____/____/____	1.12.2 Data da Última Consulta ____/____/____	1.12.3 Data do Início da Doença ____/____/____
---	---	--

1.13 O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos?  NÃO     SIM

1.13.1 Nome	1.13.2 Endereço	1.13.3 DDD	1.13.4 Telefone
1.			
2.			
3.			

1.14 A invalidez é considerada:

PARCIAL E PERMANENTE     PARCIAL E TEMPORÁRIA     TOTAL E TEMPORÁRIA     TOTAL E PERMANENTE

1.15 Houve Intervenção hospitalar?  NÃO     SIM

1.15.1 Nome do Hospital

1.15.2 Período De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.16 Situação Segurado Data Sinistro	1.17 Aposentadoria		
<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Afastado	1.17.1 Data Requerimento	1.17.2 Data Concessão	1.17.3 Data 1º Exame Médico
<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Por Invalidez <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço	____/____/____	____/____/____	____/____/____

1.18 O paciente encontra-se com o quadro clínico estabilizado?  NÃO     SIM

1.18.1 O quadro pode se agravar?  NÃO     SIM

1.19 O Segurado encontra-se com alta médica definitiva? Desde quando? Caso negativo, qual o tempo previsto para a sua alta?

---

1.20 Foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis no momento?

NÃO – Justificar:

SIM – Desde que data a doença tornou-se irreversível? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.21 Descrever as limitações funcionais e dados antropométricos do Segurado:

1.21.1 Relações do Segurado com o cotidiano

O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão, comunicação e mantém suas atividades da vida civil, preservando pensamento, a memória e o juízo de valor?

---



---



---



---



---

1.21.2 Condições clínicas do Segurado

Qual é a capacidade clínica dos Órgãos, Aparelhos ou Sistemas do Segurado?

---



---



---



---



---

**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 ____/____/____		