

Declaração Médica Invalidez Funcional por Doença (IFPD) ou Morte por Doença



DEZ/2018

Forma de Envio

Destinatário: ACIPREV Endereço: Rua Primo Picoli, 232 Centro - Americana - SP - CEP: 13465-640

Instruções de Preenchimento

1. Favor preencher os campos com letra de forma.
 2. Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tiver tratado do paciente e/ou médico perito.
 3. O médico facilitará a análise do processo ao preencher esta declaração respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente.
 4. Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide página 2).
- Obs.: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de analisar o processo de benefícios.

Dados do Segurado

Nome do Plano	Nº da Proposta	Nº do Processo	Nome do Segurado	Data do Evento
ACIPREV				

Relatório Médico

1 - Data em que o paciente solicitou seus serviços profissionais	2 - Por qual(is) motivo(s)?	
3 - Diagnóstico		
4 - Data da primeira visita médica relativa a essa doença	5 - Há quanto tempo esteve ou está o paciente sofrendo desta moléstia?	
6 - O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo:		
a. Qual(is) intervenção(ões)?	b. Em qual(is) hospital(is)?	c. Em qual(is) data(s)?

IMPORTANTE

- 7 - Em se tratando de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, por gentileza, queira especificá-la.
- 8 - Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do Segurado segundo a classificação funcional de NYHA ou CCS.
- 9 - A condição médica apresentada pelo Segurado tem alguma relação com suas atividades profissionais? Caso positivo, especificar.
- 10 - Quais tratamentos o Segurado está realizando atualmente?
- 11 - Quais tratamentos o Segurado ainda pode realizar para sua recuperação?
- 12 - Em se tratando de perda de visão, qual a acuidade visual em ambos os olhos?
- 13 - A enfermidade apresentada pelo Segurado determina alguma limitação física? De que tipo e para quais atividades? Especificar
- 14 - A partir de que data o Segurado apresenta estas limitações?

Declaração Médica Invalidez Funcional por Doença (IFPD) ou Morte por Doença

15 - Em sua avaliação, o Segurado tem condições de:

a. Deitar-se, levantar-se e deambular sem auxílio de terceiros? Sim Não

Justifique:

b. Higienizar-se sem auxílio de terceiros? Sim Não

Justifique:

c. Vestir-se e despir-se sem auxílio de terceiros? Sim Não

Justifique:

d. Alimentar-se sem auxílio de terceiros? Sim Não

Justifique:

e. Controlar seus esfíncteres (defecação e micção)? Sim Não

Justifique:

16 - Peso do Segurado?

17 - Estatura do Segurado?

18 - Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:

Está apto a gerir seus próprios negócios e bens? Sim Não

Tem patologia relacionada com CID 10 N° F-10? Sim Não

Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL? Sim Não

19 - Qual a data em que o(a) Segurado(a) passou a ser considerado(a) total e permanente inválido(a) para suas atividades autônomicas e ou para todo e qualquer tipo de atividade funcional?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUE POSSAM SER PRESTADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE

Afirmo, pelo presente, que assisti o Segurado desde o dia _____ de _____ de _____ até o dia _____ de _____ de _____, e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura e carimbo do médico assistente (com firma reconhecida)

Dados do Médico

20 - Nome do Médico		21 - N° do CRM	
22 - Endereço		23 - Cidade	
24 - Estado	25 - UF	26 - Telefone	