



Declaração do Médico que Acompanhava o Segurado – Invalidez Funcional por Doença

Nome Completo do (a) Paciente		Idade
Data de Início dos Sintomas. Quais?		Quais tratamentos o segurado foi submetido e suas datas de início?
Assistiu o segurado durante todo o tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Data do Diagnóstico da doença? ___/___/___	Qual foi/é o período de sua assistência ao Segurado / Paciente? De: ___/___/___ Até: ___/___/___
Descreva o diagnóstico, tratamento instituído e o quadro clínico atual do segurado/paciente (Havendo protocolo médico específico, favor assinalar a classificação oficial).		
Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? (Anexar exames e laudos)		Houve internação Hospitalar, caso positivo, quando e em qual Hospital? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais?
O segurado/paciente foi informado do diagnóstico? Em que data? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, em ___/___/___		O segurado teve conhecimento de toda evolução e consequências de sua moléstia? Especifique: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O diagnóstico foi informado a outra pessoa? Em que data? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, em ___/___/___		Nome e Parentesco da pessoa informada sobre o diagnóstico
Encontrou no paciente qualquer defeito físico ou doença pré-existente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Especifique:		O paciente é portador de alguma outra doença? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais?
Havendo limitação física e/ou psíquica descreva as ações cotidianas às quais o Segurado esteja impedido e/ou dependente de auxílios, inclusive de terceiros? Descrever a desvantagem então decorrente da doença e suas repercussões na autonomia de vida.		
Em caso de não haver quadro clínico incapacitante que seja gerador de desvantagem que se traduza como perda da autonomia de vida total e permanente do Segurado favor assinalar: [<input type="checkbox"/>] Não há quadro clínico incapacitante, físico e/ou mental, compatível com falências orgânicas, sistêmicas ou não, críticas e irreversíveis que possam ser responsáveis pela perda total e definitiva da autonomia de vida do Segurado e assim serem capazes de determinar, de modo irreversível, a perda de sua existência independente.		
Considera o(a) segurado(a)/ paciente definitivamente incapaz para exercer suas atividades profissionais? Justificar a resposta		
O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos. Em caso positivo informar: Nome/CRM/tel.:		

(Preenchimento obrigatório pelo Médico assistente do segurado – No documento 1/2 deverá ser assinalado com “x” o grau em que o segurado se encontra, correspondente a cada ‘ATRIBUTO’ e vista no final da página)

DOCUMENTO 1 / 2: TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE OMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, RESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	<input type="checkbox"/>
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO 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 DE COGNIÇÃO.	<input type="checkbox"/>
	3º GRAU: 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.	<input type="checkbox"/>
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: 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"/>
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO (ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA (S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	<input type="checkbox"/>
	3º GRAU: 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 AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	<input type="checkbox"/>
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGARSE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	<input type="checkbox"/>
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	<input type="checkbox"/>
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	<input type="checkbox"/>



ALFA SEGUROS

Instrumento de avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

(Preenchimento obrigatório pelo Médico assistente do segurado – no documento 2/2, responder com Sim ou Não)

DOCUMENTO 2 /2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE	RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA DO MÉDICO
Nome Legível: _____	
Endereço: _____	

Telefone com DDD: _____	

	Assinatura e Carimbo com CRM
	Data: ____/____/____

Observação:

Prezado Dr(a), por favor, rubricar as páginas anteriores, nas quais constam suas informações.