

## DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE

Nome do Segurado:		CPF:	Data de nasc.:
Estipulante/empresa:		Apólice\Certificado:	
CNPJ:	DDD e Tel.:	Pessoa de Contato:	
Data admissão:	Último dia de trabalho:	Último salário:	
Última ocupação:			
Situação do segurado na data do sinistro: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros		Tipo de aposentadoria: <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de serviço <input type="checkbox"/> Invalidez	Data do requerimento: Data da concessão:
Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros:		Possui plano de saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nome do plano de saúde:	
Recebeu indenizações decorrentes deste Evento por outra Seguradora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais?			
_____		_____	
Assinatura do Segurado/Reclamante		Carimbo e assinatura do Estipulante	

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA- IFPTD  
(a ser respondido pelo médico assistente)

## DECLARAÇÃO DE DOENÇAS E SUAS REPERCUSSÕES INCAPACITANTES

Em atenção ao exposto no art. 5º da seção I capítulo II da circular SUSEP 302 de 19 de novembro de 2005

Informe o diagnóstico e descreva o quadro clínico atual:	
O quadro clínico acima descrito se configura como uma doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Há doença ativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quando a doença foi diagnosticada? Através de:	(informar a data ou a época) (informar meio do diagnóstico)
Caso tenham sido realizados exames complementares, especificar resultados e datas em que foram realizados:	
Em caso de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, solicita-se especificá-las:	
Há sequela anatômica ou perda funcional que se configure como um déficit ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Este déficit é permanente (definitivo) ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Especifique a seqüela, a perda funcional ou déficit e/ou o grau de prejuízo orgânico existente, descrevendo as limitações físicas e/ou psíquicas que não sejam mais passíveis de tratamento:

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:

f) Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?  Sim  Não Justifique:

g) Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL?  Sim  Não Justifique:

h) Considerando todas as evidências caracterizadas na avaliação acima, informe qual a data em que o paciente passou a ser considerado total e permanente inválido para o pleno exercício das suas atividades autonômicas:

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE**  
(a ser respondido pelo médico assistente)

Observação:

Ratifica-se que todos os dados e registros médicos acima informados serão de responsabilidade do médico declarante caso não possam ser devidamente comprovados por registros médicos oficiais.

Nome completo do médico:

Especialidade:

CRM:

Telefone: (    )

Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)

Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM