# *Aviso de Sinistro* - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

União Seguradora

| Nº do Sinistro | Data do Comunicado |
|---|---|
| | |

## 1. Dados da Apólice

| Nome do Estipulante/Subestipulante | Nº da Apólice |
|---|---|
| | |

## 2. Dados do Segurado Sinistrado

| Nome Completo | Data de Nascimento |
|---|---|
| | |

| CPF | Documento de Identidade/RG | Órgão Emissor/UF | Data da Expedição |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Sexo | Estado Civil | Endereço Residencial | Nº | Complemento |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Masc. ☐ Fem. | | | | |

| Bairro | Cidade | UF | CEP | Telefone |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ( ) |

| E-mail | Função/Cargo/Ocupação Principal |
|---|---|
| | |

| Data da Admissão/Posse | Último Dia de Trabalho | Dados de Afastamento - Aposentado: | Tipo de Aposentadoria |
|---|---|---|---|
| | | ☐ Sim - Desde: ____/____/_____ ☐ Não | ☐ Idade ☐ Tempo de Serviço ☐ Invalidez |

**Renda Média Mensal (em quantidade de salários mínimos)**

☐ Até 3 Sal.Mín. ☐ De 3 a 6 Sal. Mín. ☐ De 6 a 10 Sal. Mín. ☐ Acima de 10 Sal. Mín.

Possui Outros Seguros? Em Quais Seguradoras?

## 3. Dados do Reclamante/Declarante

Tipo

☐ Segurado Principal ☐ Cônjuge ☐ Procurador ☐ Curador ☐ Beneficiário - Grau de Parentesco _____

| Nome Completo | Telefone Celular |
|---|---|
| | ( ) |

| CPF | Documento de Identidade/RG | Órgão Emissor/UF | Data da Expedição |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 4. Relação de Documentos para Regulação do Sinistro

**Anexos:**

- ☐ **Aviso de sinistro completo.**
- ☐ **Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.**
- ☐ **Cópia autenticada da CNH, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.**
- ☐ **Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.**
- ☐ **Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.**
- ☐ **Cópia do comprovante de residência do Segurado.**
- ☐ **Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Médico.**
- ☐ **Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e pelo Médico Assistente, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante.**
- ☐ **Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.**
- ☐ **Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data do sinistro.**
- ☐ **Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de doença mental, anexando a Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do Curador.**
- ☐ **Comprovante dos Dados Bancários.**

## 5. Termo de Autorização

Autorizo, nos termos da Resolução 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, a União Seguradora, ou a quem esta delegar poderes para tanto, a solicitar cópia de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, instituições hospitalares e previdências, clínicas, laboratórios, convênios médicos, planos de saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, onde recebi atendimento médico.

Autorizo, ainda, a utilização do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares para a análise e liquidação do sinistro.

_____ ____/____/____

Local e Data

_____

Assinatura do Segurado/Representante Legal

# RELATÓRIO MÉDICO

## Aviso de Sinistro - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a) | Data de Nascimento

Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo Médico que tratou do(a) Segurado(a) na sua última enfermidade.
Para a devida regulação do sinistro, o Médico declarante deve responder completamente todos os quesitos.
Caso os espaços destinados às respostas não forem suficientes, utilizar o campo destinado às observações adicionais.

Data de Início dos Sintomas | Quais? | Data de Início do Tratamento | Quais?

Descreva o Quadro Clínico Atual

Foi o Médico do Segurado durante todo o tratamento da doença? ☐ Sim ☐ Não

Há quanto tempo trata do(a) Paciente? | Data da 1ª Consulta | Data da Última Visita

Quando e de que forma foi diagnosticada a doença?

(Anexar Exames e Laudos)

Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico?

Quando do diagnóstico, o(a) paciente foi informado(a) do mesmo? ☐ Sim ☐ Não | Em que data?

Em caso negativo, foi informado a outra pessoa? ☐ Sim ☐ Não | Em que data? | Nome e parentesco da pessoa informada

O(A) paciente teve conhecimento de toda evolução e consequências de sua moléstia? ☐ Sim ☐ Não

O(A) paciente é portador(a) de alguma outra doença? ☐ Sim ☐ Não | Qual(is)?

Encontrou no(a) paciente qualquer defeito físico ou doença pré existente? Especifique:

(Havendo protoco médico específico, favor assinalar a classificação oficial)

Qual o estadiamento da doença atual?

O quadro clínico: ( ) Está estabilizado ( ) Pode se agravar ( ) Já está tratado e/ou de alta.

Especifique o tratamento e seus resultados:

Havendo limitação física e/ou psíquica descreva as ações cotidianas às quais o(a) paciente 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(a) paciente, favor assinalar:

☐ 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(a) paciente e assim serem capazes de determinar, de modo irreversível, a perda de sua existência independente.

Considera o(a) paciente definitivamente incapaz para exercer suas atividades profissionais? Justificar a resposta

Houve internação hospitalar? ☐ Sim ☐ Não | Período | Hospital(is)

Em que data foram esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para reabilitação do(a) paciente e que determinaram sua invalidez em caráter permanente?

Informar: Nome/CRM/Telefone

O(A) paciente foi tratado(a) anteriormente por outro(s) médico(s)? ☐ Não ☐ Sim

Observações Adicionais

**Identificação do Médico Assistente**

Nome

Endereço

E-mail

Especialidade

Local e Data:

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente - Reconhecer firma em cartório

# Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF)

## Aviso de Sinistro - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a)

Data de Nascimento

Qual(is) foi(ram a(s) doença(s) diagnosticada(s)?

O paciente enquadra-se em algum dos Quadros Clínicos Incapacitantes abaixo? Escreva, de próprio punho, **SIM** ou **NÃO**.

| Quadros Clínicos Incapacitantes | Resposta |
|---|---|
| 1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”. | |
| 2. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico. | |
| 3. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico. | |
| 4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença. | |
| 5. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo. | |
| 6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal. | |
| 7. Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. | |
| 8. Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. | |
| 9. Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°. | |
| 10. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. | |
| 11. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros. | |
| 12. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés. | |
| 13. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés. | |

Caso o paciente não se enquadre nos Quadros Clínicos Incapacitantes acima, será necessário o preenchimento das demais tabelas a seguir relacionadas.

**Identificação do Médico Assistente**

Nome

Endereço

E-mail

Especialidade

Local e Data:

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente

# Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF)

## Aviso de Sinistro - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a)

Data de Nascimento

| Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade | Resposta |
|---|---|
| 1. A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40. | |
| 2. Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso. | |
| 3. Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica. | |
| 4. Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade. | |
| 5. Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica. | |

| | Relações do Paciente/Segurado com o Cotidiano | Resposta |
|---|---|---|
| 1º GRAU | O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida social, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor. | |
| 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. | |
| 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. | |

| | Condições Clínicas e Estruturais do Paciente/Segurado | Resposta |
|---|---|---|
| 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. | |
| 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. | |
| 3º GRAU | O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, concursando 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. | |

| | Conectividade do Paciente/Segurado com a Vida | Resposta |
|---|---|---|
| 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; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos. | |
| 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). | |
| 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. | |

**Identificação do Médico Assistente**

Nome

Endereço

E-mail

Especialidade

Local e Data:

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente