



MAPFRE
SEGUROS

FORMULÁRIO
DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL
PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD

CÓDIGO	FR.166
VERSÃO	V003-2016
REFERÊNCIA	N.062

DADOS DO COMUNICANTE

Nome completo:	
Telefone:	e-mail:

DADOS DO SINISTRADO

Nome completo do sinistrado:		
CPF:	Classificação: <input type="checkbox"/> Titular; <input type="checkbox"/> Cônjuge.	Trabalhou a última vez em: / /
Aposentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, se SIM desde quando / /		
Qual o motivo da aposentadoria: <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço; <input type="checkbox"/> Invalidez por Doença; <input type="checkbox"/> Invalidez por Acidente; <input type="checkbox"/> Por Idade.		

DADOS DO SEGURADO

Nome do segurado titular:	
CPF do segurado titular:	Estipulante:
Ramo/ Apólice:	Número do Certificado:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Aviso de Sinistro (FR.166);
- Cópia do R.G, C.P.F e Comprovante de residência do segurado e sinistrado;
- Formulário de registro de informações cadastrais e autorização de pagamento devidamente preenchido e assinado pelo sinistrado;
- Cópia da concessão de aposentadoria emitida pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- Cópia do registro de empregado e 3 (três) últimos holerites do segurado;
- Laudos e exames realizados pelo segurado, que confirmam a invalidez do segurado (exames citológicos, histológicos, ressonância, ultrassom, etc.);
- Relatórios Médicos efetuados pelo médico do segurado, descrevendo o estado da doença, tratamentos realizados e o estado clínico atual do segurado;
- Certidão de casamento atualizada, em caso de aviso de sinistro referente a cobertura de Cônjuge.

Observação: Se constatada alienação mental, enviar o Termo de Curatela anexo às cópias do R.G., C.P.F. e comprovante de residência do curador.

INFORMAÇÕES DO MÉDICO

Data do primeiro diagnóstico da doença principal: / /	Data do início do tratamento da doença principal: / /
Data dos primeiros sintomas da doença: / /	Data da primeira consulta: / /
Especificar o período de internação hospitalar e nome do hospital:	
Informar quais exames realizados para a confirmação do diagnóstico (biópsia, ultrassonografia, eletrocardiograma, ecocardiograma, etc.). Anexar cópia dos exames.	
Descreva o exame clínico completo e possíveis danos funcionais permanentes:	
Em caso de doença psiquiátrica, informar se há alienação mental, e, em caso positivo, informar desde quando.	

DADOS DO MÉDICO

Nome legível do médico:	CRM:	
Endereço Residencial:	Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	
Cidade:	UF:	Telefone (DDD):
_____		_____
Local e Data		Assinatura e carimbo do Médico

À seguir, preencher o Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional, assinalando apenas uma alternativa, que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado.

INSTRUMENTO POR AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ POR DOENÇA - IAIF		
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<input type="checkbox"/>	O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?
	<input type="checkbox"/>	O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência 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 déficit cognitivo?
	<input type="checkbox"/>	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 SEGURADO	<input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	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 assistência e/ou auxílio técnico?
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<input type="checkbox"/>	O segurado realiza, sem assistência, 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 autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?
	<input type="checkbox"/>	O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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"/>	O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?
DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS		RESPOSTAS ADICIONAIS
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 curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?		
Existem mais de 2 fatores agravantes 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 sobrevida e/ou refratariedade terapêutica?		
E doença profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Encontra-se o segurado com o quadro clínico estabilizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Data da caracterização da incapacidade, independente da data do diagnóstico.	Indicar data desde quando tem sido seu médico.	Foi seu médico durante a moléstia que o invalidou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Mencione outros médicos que atenderam o segurado anteriormente (nome, endereço e telefone).		