

DECLARAÇÃO MÉDICA DE INVALIDEZ POR DOENÇA / INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA

Nome do Paciente _____ Idade _____ Sexo Masculino Feminino

Profissão _____ RG _____ CPF _____ Naturalidade _____

Endereço _____ Telefone _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

Nome do(s) Médico(s) que assistiu(ram) o Segurado anteriormente _____ Telefone(s) _____

Principais Sinais e Sintomas da(s) Doenças e Data(s) do 1º Atendimento

Diagnóstico(s) e Tratamento(s) a que foi submetido o Paciente e Data(s) dos mesmo(s)

Fez ECG, EEG ou outros Exames Complementares? Quais e em que Datas? Quais os Resultados?

Houve Cirurgia(s)? Descreva e indique (a)s respectiva(s) Data(s)

Hospital ou clínica onde esteve internado

Nome _____
Endereço _____
Data da Internação (dd/mm/aaaa) _____ Data da Alta (dd/mm/aaaa) _____

Encontrou no Paciente qualquer Defeito Físico ou Doença Preexistente? Esclarecer

Esse Defeito ou Doença pode agravar ou vir a aumentar as consequências da Doença? Esclarecer

Houve agravamento por Falta de Cuidados ou Recursos Médicos? Esclarecer

DECLARAÇÃO MÉDICA DE INVALIDEZ POR DOENÇA / INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA

O Paciente ainda se encontra sob Tratamento(s)? Esclarecer qual(is) e o propósito do(s) mesmo(s)

Diagnóstico(s) definitivo(s) da(s) Doença(s) e Data(s) do(s) mesmo(s)

Consequências da(s) Doença(s): Invalidez Temporária? Esclarecer o motivo

Alta Definitiva ____/____/____

Consequências da(s) Doença(s): Invalidez Temporária? Esclarecer o motivo

Alta Definitiva ____/____/____

Consequências da(s) Doença(s): Invalidez Temporária? Esclarecer o motivo

Alta Definitiva ____/____/____

Data em que o(a) Segurado(a) foi considerado(a) Total e Definitivamente Inválido(a) ____/____/____

O(A) Segurado(a) é capaz de:

Vestir-se sem auxílio: Sim Não Locomover-se sem auxílio em seu domicílio: Sim Não Raciocinar e/ou tomar decisões acerca de assuntos de seu interesse pessoal: Sim Não

Alimentar-se sem auxílio: Sim Não Banhar-se sozinho: Sim Não

V. Sa. considera que o quadro atual do(a) Segurado(a) gera a perda da sua autonomia funcional (existência independente)?
Em caso afirmativo, a partir de que data?

Condições do paciente de acordo com o órgão oficial da previdência

Em Atividade Profissional Sim Não Sob benefício desde (dd/mm/aaaa) ____/____/____ Alta em (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Aposentado(a) desde (dd/mm/aaaa) ____/____/____ Por Tempo de Serviço Por Invalidez

Indicar a razão (Diagnóstico) da Aposentadoria por Invalidez

Outras observações que julgar necessárias para maiores esclarecimentos

Local _____ Data (dd/mm/aaaa) ____/____/____

Nome do Médico _____ CRM _____

Endereço do Consultório (ou outros) _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ Bairro _____

Assinatura do Médico

Reconhecimento de Firma

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível ou de forma. A assinatura do Médico deverá ter a firma reconhecida.