

# Comunicado de Sinistro - INVALIDEZ POR DOENÇA - IFPD

ESTIPULANTE: PASI Serviços e Benefícios S.A.

## DADOS DA EMPRESA:

SUB-ESTIPULANTE (ENTIDADE / EMPRESA)	CONVÊNIO	Nº APÓLICE	
NOME DO RESPONSÁVEL NA EMPRESA		TELEFONE ( )	E-MAIL

## DADOS PESSOAIS DO TITULAR DO SEGURO:

NOME COMPLETO		DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA	
CARGO		ATIVIDADE QUE EXERCIA	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM	CPF	DOC. IDENTIDADE Nº / TIPO
TELEFONE ( )	CELULAR ( )	E-MAIL	
ENDEREÇO			
BAIRRO		CEP	CIDADE
		ESTADO	



PASI  
PLANO DE  
AMPARO  
SOCIAL  
IMEDIATO

## INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA :

QUANDO SE MANIFESTOU A DOENÇA O SEGURADO ESTAVA EM PLENA ATIVIDADE DE TRABALHO?  SIM  NÃO

EM QUE DATA O SEGURADO TRABALHOU PELA ULTIMA VEZ? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

EM QUE DATA O SEGURADO FOI ASSISTIDO PELA PRIMEIRA VEZ POR UM MÉDICO REFERENTE A ESTA DOENÇA? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

EM QUE DATA O SEGURADO FOI ASSISTIDO PELA ÚLTIMA VEZ POR UM MÉDICO REFERENTE A ESTA DOENÇA? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

O SEGURADO REQUEREU A APOSENTADORIA PELO INSS?  SIM  NÃO SE SIM EM QUAL DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DESCREVA A DOENÇA APRESENTADA PELO SEGURADO

## FORMA DE PAGAMENTO:

Depósito Bancário\* Banco: \_\_\_\_\_ Nº do Banco: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_ ( ) Corrente ( ) Poupança

Como não possuo conta corrente de minha titularidade, autorizo a emissão de Ordem de Pagamento

Cheque (recomendado apenas para Belo Horizonte e região, pois deverá ser retirado pessoalmente na Central PASI)

- \* O crédito bancário só poderá ser realizado em conta de titularidade do próprio beneficiário. Sendo conta conjunta, o beneficiário deverá ser o 1º titular.
- A exatidão dos dados bancários para crédito do valor da indenização é de inteira responsabilidade do declarante.
  - Dados incompletos ou incorretos implicarão na não realização do pagamento.

O abaixo assinado declara ter respondido as perguntas deste formulário de forma rigorosamente verídica e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas. Declara também estar ciente dos prazos e condições para recebimento da indenização e que a assinatura do presente termo não implica no reconhecimento do direito a cobertura, a qual está condicionada a verificação da seguradora e análise médica, conforme as condições contratuais descritas no Certificado do Seguro.

# Relatório do Médico Assistente - Invalidez por Doença - IFPD

## RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE

## | SEGURADO:

Para cada item abaixo, assinale somente uma alternativa que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado.

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 diárias, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?
<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS</b>	
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?	
É 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	

INFORME O C.I.D. E DATA DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA INCAPACITANTE

INFORME O C.I.D. E DATA DO DIAGNÓSTICO DE OUTRAS MOLÉSTIAS (SECUNDÁRIAS) QUE CONTRIBUÍRAM DIRETAMENTE COM A INCAPACIDADE

QUAIS OS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS PARA CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO? ANEXAR CÓPIA DOS PRINCIPAIS EXAMES

INDIQUE O TRATAMENTO CLÍNICO/CIRÚRGICO EM REGIME HOSPITALAR (PERÍODO / DIAGNÓSTICO / HOSPITAL)

**O abaixo assinado, médico assistente, declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.**

Nome legível do Médico

CRM

Telefone

( )

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente