

# Declaração Médica Invalidez Funcional por Doença (IFPD) ou Morte por Doença

## Forma de Envio

O formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail [apcdprev@apcdprev.org.br](mailto:apcdprev@apcdprev.org.br) (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para APCDPrev: Rua Voluntários da Pátria, nº 547 Mezanino, Santana, São Paulo-SP- CEP: 02011-000.

## Instruções de Preenchimento

1. Favor preencher os campos com letra de forma.
  2. Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tiver tratado do paciente e/ou médico perito.
  3. O médico facilitará a análise do processo ao preencher esta declaração respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente.
  4. Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide página 2).
- Obs.: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de analisar o processo de benefícios.

## Dados do Segurado

Nome do Plano	Nº da Proposta	Nº do Processo	Nome do Segurado	Data do Evento
APCDPrev				

## Relatório Médico

1 - Data em que o paciente solicitou seus serviços profissionais	2 - Por qual(is) motivo(s)?	
3 - Diagnóstico		
4 - Data da primeira visita médica relativa a essa doença	5 - Há quanto tempo esteve ou está o paciente sofrendo desta moléstia?	
6 - O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Em caso positivo:		
a. Qual(is) intervenção(ões)?	b. Em qual(is) hospital(is)?	c. Em qual(is) data(s)?

## IMPORTANTE

7 - Em se tratando de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, por gentileza, queira especificá-la.
8 - Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do Segurado segundo a classificação funcional de NYHA ou CCS.
9 - A condição médica apresentada pelo Segurado tem alguma relação com suas atividades profissionais? Caso positivo, especificar.
10 - Quais tratamentos o Segurado está realizando atualmente?
11 - Quais tratamentos o Segurado ainda pode realizar para sua recuperação?
12 - Em se tratando de perda de visão, qual a acuidade visual em ambos os olhos?
13 - A enfermidade apresentada pelo Segurado determina alguma limitação física? De que tipo e para quais atividades? Especificar
14 - A partir de que data o Segurado apresenta estas limitações?

# Declaração Médica Invalidez Funcional por Doença (IFPD) ou Morte por Doença

15 - Em sua avaliação, o Segurado tem condições de:	
a. Deitar-se, levantar-se e deambular sem auxílio de terceiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Justifique:
b. Higienizar-se sem auxílio de terceiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Justifique:
c. Vestir-se e despir-se sem auxílio de terceiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Justifique:
d. Alimentar-se sem auxílio de terceiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Justifique:
e. Controlar seus esfíncteres (defecação e micção)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Justifique:
16 - Peso do Segurado?	17 - Estatura do Segurado?
18 - Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:	
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem patologia relacionada com CID 10 N° F-10? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
19 - Qual a data em que o(a) Segurado(a) passou a ser considerado(a) total e permanente inválido(a) para suas atividades autonômicas e ou para todo e qualquer tipo de atividade funcional?	

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUE POSSAM SER PRESTADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE

Afirmo, pelo presente, que assisti o Segurado desde o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ até o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

A APCDPREV se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura e carimbo do médico assistente (com firma reconhecida)

## Dados do Médico

20 - Nome do Médico	21 - N° do CRM	
22 - Endereço	23 - Cidade	
24 - Estado	25 - UF	26 - Telefone