



DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE

-

Invalidez Funcional Permanente por Doença

1 - Aviso de sinistro IFPD.

Segurado:

- 2 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
- 3 - Cópia simples do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior à ocorrência;
- 4 - Cópia simples de comprovante de conta bancária em nome do segurado;
- 5 - Cópia simples de um comprovante de residência do segurado com CEP;
- 6 - Declaração do Médico Assistente IFPD;
- 7 - Documentos de concessão de licença ou aposentadoria, se houver;



AVISO DE SINISTRO - IFPD

DATA DO SINISTRO: ____/____/____

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

CPF:	NOME DO(A) SEGURADO(A):		
NOME SOCIAL DO(A) SEGURADO(A):			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
PROFISSÃO:	DATA DE INÍCIO DA DOENÇA ____/____/____	DATA DO DIAGNÓSTICO ____/____/____	DATA DA CONSTATAÇÃO DA INVALIDEZ ____/____/____
LOCAL DE OCORRÊNCIA E DESCRIÇÃO DO SINISTRO:			
QUANDO SE MANIFESTOU A DOENÇA, ESTAVA EM PLENA ATIVIDADE DE TRABALHO?			
TRABALHO QUANTO TEMPO APÓS OS PRIMEIROS SINTOMAS? DESDE QUANDO ESTÁ AFASTADO DO TRABALHO EM VIRTUDE DA DOENÇA?			
ESTÁ EM TRATAMENTO ATUALMENTE?	EM CASA, HOSPITAL OU CONSULTÓRIO?	ESTÁ RECEBENDO AUXÍLIO DOENÇA OU APOSENTADO?	
Possui Domicílio Fiscal em outro País? () Não () Sim Qual País?			
Vossa Senhoria é Pessoa Politicamente Exposta (PPE)? () Não () Sim Qual motivo?			

*O preenchimento do campo 'Nome Social' não é obrigatório.

Estou ciente que: as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade; o referido crédito somente será efetuado na conta corrente de minha titularidade após conclusão da análise e de acordo com o regulamento do plano e/ou condições gerais do seguro; que a MBM não se responsabilizará por encargos e/ou multas possam ocorrer em decorrência de insuficiência das declarações prestadas.

Atenção: A conta corrente/poupança informada deve **obrigatoriamente** estar em nome do favorecido

Para evitar reprogramação de pagamento as seguintes contas não devem, de forma alguma, serem indicadas: conta salário e/ou benefício; conta conjunta quando o favorecido não for o titular; conta tipo FÁCIL: ver limite de movimentação mensal; conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF; conta Poupança: operação 013 da CEF aberta em lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; Conta Bloqueada ou Inativa; Conta de Cooperativa de Crédito.

Autorizo a MBM Previdência e Seguros a realizar o pagamento, conforme abaixo indicado, desde que seja deferido.

Banco: _____ Agência: _____ N° da Conta: _____

Tipo de Conta: () Corrente () Poupança

Data ____/____/____

Assinatura do Requerente

AVISO DE SINISTRO - IFPD

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:		
DATA DA PRIMEIRA CONSULTA ____/____/____	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA ____/____/____	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
QUAL O HISTÓRICO DA DOENÇA DO PACIENTE?		
QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS?		
QUAL O TRATAMENTO REALIZADO? (CLÍNICO, CIRÚRGICO ETC.)		
QUAL O QUADRO CLÍNICO ATUAL DO PACIENTE?	QUAL O PROGNÓSTICO?	
ENCONTRAM-SE ESGOTADAS AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE?		
EM CASO DE CARDIOPATIA INFORMAR A CLASSE FUNCIONAL DE NYHA		
TRATANDO-SE DE PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS, INFORMAR O GRAU DE DEFICIÊNCIA VISUAL DE CADA OLHO SEPARADAMENTE		
EM CASO DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS OU PSIQUIÁTRICOS, INFORMAR SE EXISTE ALIENAÇÃO MENTAL TOTAL		
CASO HAJA PERDA DE MOVIMENTOS, QUAL(IS) MEMBRO(S) ATINGIDO(S)?	A PERDA É PARCIAL OU TOTAL?	
O PACIENTE É PORTADOR DE OUTRAS MOLÉSTIAS? QUAL(IS)?		
ACERCA DAS RELAÇÕES DO PACIENTE COM O COTIDIANO: () O paciente mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades de vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor. () O paciente 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 ao prejuízo intelectual ou de cognição. () O paciente apresenta-se retido ao lar; tem perda de mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.		

AVISO DE SINISTRO - IFPD

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

ACERCA DAS RELAÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO PACIENTE:

() O paciente apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação. Não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.

() O paciente 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.

() O paciente apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiência 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.

ACERCA DA CONECTIVIDADE DO PACIENTE COM A VIDA:

() O paciente realiza, sem auxílio as atividade 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 asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar-se com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.

() O paciente necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares(misturar e cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir alimentos com uso de copo, prato e talheres).

() O paciente necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho as necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.

A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO, E/OU HÁ IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) SUPERIOR A 40? () SIM () NÃO

HÁ RISCOS DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E/OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO? () SIM () NÃO

HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA? () SIM () NÃO

EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE? () SIM () NÃO

CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU E SUORTE À SOBREVIVÊNCIA E/OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA? () SIM () NÃO

O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA

NOME DO MÉDICO:			Nº CRM:	
ENDEREÇO:				
BAIRRO:		CIDADE:		CEP:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):		
LOCAL E DATA:			ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	