

**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

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