

QUESTIONÁRIO MÉDICO DEFICIT COGNITIVO OU INTELECTUAL**ESTE QUESTIONÁRIO DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE****Nome do paciente:** _____**Nome social:** _____**1. Qual é o diagnóstico?:** _____ **Data do diagnóstico:** ____ / ____ / ____**2. Qual o valor do QI:** _____**2.1 Selecione o nível do déficit:** ☐ leve ☐ moderado ☐ severo**3. Apresenta Comorbidades?**☐ Não☐ Sim**Em caso afirmativo, descrever:**

4. Quais medicamentos e dosagens em uso? Informar data de início.

5. Já passou por algum procedimento cirúrgico? Se sim, informar qual(is) cirurgia(s) realizou e datas.

6. Qual o impacto em atividades normais, incluindo a capacidade de trabalhar?

7. Possui Curatela? _____**Se sim, informar data que foi concedida:** ____ / ____ / ____.**8. Por favor, forneça qualquer outra informação relevante aqui, incluindo, se possível, o prognóstico.**

Assinatura do Médico Assistente e CRM_____
Local e Data

AUTORIZAÇÃO

Eu _____,
nome social _____,

CPF _____-____ declaro estar ciente de que este documento é parte integrante da Proposta de Seguro e que eventual emissão de Apólice será precedida de declaração e dos elementos essenciais do interesse e dos riscos a que estão sendo expostos e que serão objeto de análise pela Seguradora. Neste sentido, autorizo meu Médico Assistente a responder o questionário acima, de acordo com as informações que dispõe sobre minha saúde atual e regressa, sem configurar desrespeito ao Código de Ética Médica ou violação à preservação da intimidade. Declaro ainda estar ciente de que o simples preenchimento das informações não garante a assunção dos riscos e a emissão de Apólice pela Seguradora.

Local e Data

Assinatura do Proponente