

Instruções e documentação necessária

- 1) Todos os exames realizados em decorrência do evento;
- 2) Cópia do boletim de ocorrência policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- 3) Documentos relacionados com a perda de rendimentos;
- 4) Cópias do RG e CPF do segurado;
- 5) A assinatura do médico deve ser reconhecida pelo cartório, por semelhança;
- 6) O preenchimento do verso deste formulário é obrigatório para casos de acidente e doença;

Dados do segurado

<input type="checkbox"/> Aviso Inicial				<input type="checkbox"/> Prorrogação			
Nº do Certificado				Nº do Processo de Sinistro (em caso de prorrogação)			
Nome Completo						Data de Nascimento	
Endereço				Número		Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP		
E-mail (Correspondência via e-mail: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)				Tel ()		Cel ()	
Profissão/Especialidade		Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		RG		CPF	
Origem da incapacidade <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Doença						Data de início da incapacidade	
Informar a causa da lesão e desde quando tem conhecimento da patologia, caso seja decorrente de acidente ou doença: 							

Declaração

Eu, _____, declaro que, em virtude do evento acima, meu período de afastamento teve início a partir do dia ____/____/____. Estou ciente de que só terei direito ao recebimento da diária por internação hospitalar por acidente enquanto durar o período da internação, limitado ao período descrito nas condições gerais, desde que compatível com a recuperação da lesão decorrente do evento.

Local: _____



Assinatura do Segurado

Data: ____/____/____



Assinatura do Responsável Legal (quando necessário)

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome Completo				CPF			
Tel ()		Cel ()		Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____			

Para uso do Médico Assistente

Para afastamento inicial preencher o 1º, 2º (se for o caso) e o 4º quadro deste formulário. Para casos de prorrogação de afastamento, preencher apenas o 3º quadro.			
1º - PREENCHER EM CASO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA			
Desde quando é seu médico?	Data da primeira consulta pelo problema atual	Data da última consulta	Data de início da incapacidade temporária
Origem da incapacidade temporária (especifique a doença e, em caso de acidente, especificar sua natureza, as lesões sofridas, e qual o tratamento instituído)			
Data do início dos sinais e sintomas		Data em que foi feito o diagnóstico	
Quais exames foram realizados?		Em que época?	
Diagnóstico	CID	Prognóstico	
O paciente está incapacitado para exercício profissional? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual o período aproximado? _____		Após a incapacidade atestada foi iniciado tratamento conveniente e imediato? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Sua continuidade está garantida para o futuro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Local de tratamento do segurado			
O segurado foi avaliado e/ou assistido anteriormente por outro especialista? Indicar nome, CRM e especialidade			
2º - PREENCHER SOMENTE EM CASOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE			
Causa e descrição exata da lesão. Indicar caráter, sede e extensão, largura e profundidade.			
Resultou em lesão dos nervos, tendões, músculos ou órgãos internos ou há suspeita? Se afirmativo, em que consiste?			
Quais as condições de integridade fisiológica e anatômica do segurado? Indicar quais os vestígios (lesões, doenças e enfermidades).			
Que consequências o acidente poderá trazer para o segurado?			
3º - PREENCHER SOMENTE PARA PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO			
Período da incapacidade atestada inicialmente		Qual o período aproximado da prorrogação da incapacidade temporária do segurado?	
Justificar as razões da prorrogação da incapacidade			
4º - DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE			
Nome legível		CRM	
Endereço completo		Telefone	
Local: _____		Data: ____ / ____ / ____	
		 _____ Assinatura e Carimbo do Médico Assistente	