

## 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"/> <b>Aviso Inicial</b>				<input type="checkbox"/> <b>Prorrogação</b>			
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	
<b>Origem da incapacidade</b>		<input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Parto				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 renda enquanto durar a incapacidade, limitado ao período descrito nas condições gerais, desde que compatível com a recuperação da lesão ou patologia decorrente do evento e que tenha permanecido, em razão dessa mesma incapacidade, afastado de todas as minhas atividades remuneradas.

Local: _____	Data: ____/____/____
 _____ Assinatura do Segurado	 _____ Assinatura do Responsável Legal (quando necessário)

## DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome Completo				CPF			
Tel (    )		Cel (    )		Grau de Afinitade <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