



Orientações e documentações necessárias:

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 ou consultar o carimbo legível com nome, especialidade e CRM;
6. preenchimento das duas páginas deste formulário é obrigatório para casos de acidente e doença.

ASSINALE A COBERTURA:

Diária por Incapacidade Temporária

Diária por Internação Hospitalar

Origem da incapacidade

Data do início da incapacidade

Data do início da internação

Acidente

Doença

Dados do segurado

Número do certificado

CPF (somente números)

Data de nascimento

Nome completo

E-mail (Correspondência via e-mail)

Não

Sim. Qual o e-mail?

Informar a causa da lesão e desde quando tem conhecimento da patologia, caso seja decorrente de acidente ou doença:

Dados do responsável/representante legal (caso necessário)

Nome completo

CPF (somente números)

Telefone

E-mail

Grau de parentesco/Afinidade

Pai

Mãe

Tutor

Curador

Outro:

Estou ciente de que o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais; a Icatu Seguros poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, bem como dados referentes ao produto contratado com os intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar o Aviso de Privacidade disponível na Área do Cliente.

É obrigatório o preenchimento dos campos local e data.

Local:

Data:

Assinatura do Segurado

Assinatura do Responsável Legal (caso necessário)

Para uso do Médico Assistente

1º - PREENCHER EM CASO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

Data da primeira consulta pelo problema atual

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)

Quais exames foram realizados?

Diagnóstico

O paciente está incapacitado para exercício profissional?

Não

Sim. Qual o período aproximado?

O segurado foi avaliado e/ou assistido anteriormente por outro especialista? Indicar nome, CRM e especialidade

2º - PREENCHER EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do hospital/clínica onde ocorreu a internação

Data da internação

Qual motivo da internação? Doença ou acidente? Descreva em detalhes.

Data da alta médica

Qual diagnóstico?

Houve permanência na UTI/CTI? Se sim, qual período?

O segurado sofreu algum acidente ou é portador de enfermidade que tenha contribuído para o agravamento do seu quadro clínico atual?

Caso o período de afastamento seja prorrogado, é necessário apresentar uma declaração médica que justifique o motivo da prorrogação, acompanhada dos exames e laudos que fundamentem a solicitação.

3º - DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome legível

CRM/UF

Telefone

Estou ciente de que o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; a Icatu poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, com os intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar o Aviso de Privacidade disponível na área do cliente. Conforme medida provisória no 2.200-2/2001, o formulário poderá ser assinado digitalmente. O Gov.br é uma plataforma de serviços digitais gratuita que permite assinaturas eletrônicas, sendo uma alternativa válida conforme normas estabelecidas. Acesse o link [Assinatura Eletrônica – Governo Digital \(www.gov.br\)](https://www.gov.br) e fique por dentro. Assim como o Gov.br, o formulário poderá ser assinado digitalmente também em conformidade com o padrão ICP-Brasil.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local:

Data:

Assinatura e carimbo do médico assistente