

## 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 (somente números)		CPF (somente números)	
<b>Origem da incapacidade</b>		<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.

A Icatu se compromete a tratar os dados informados neste documento 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. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura do Segurado



Assinatura do Responsável Legal (quando necessário)

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)	
E-mail			
Tel ( )		Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Procurador <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.			
<b>1º - PREENCHER EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA</b>			
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			
<b>2º - PREENCHER SOMENTE EM CASOS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE</b>			
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?			
<b>3º - PREENCHER SOMENTE PARA PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO</b>			
Período da incapacidade atestada inicialmente	Qual o período aproximado da prorrogação da incapacidade temporária do segurado?		
Justificar as razões da prorrogação da incapacidade			
<b>4º - DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE</b>			
Nome legível	CRM		
Endereço completo	Telefone		

Estou ciente de que (i) 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; (ii) 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 (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível no Site Institucional. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura e Carimbo do Médico Assistente