

## 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 checked="" type="checkbox"/> Aviso Inicial		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Tel ( )	Cel ( )	
Profissão/Especialidade		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	RG (somente números)	
Origem da incapacidade	<input checked="" 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: \_\_\_\_\_



Assinatura do Segurado

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



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 checked="" 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.

### 1º - PREENCHER EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 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

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