

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 (somente números)
Origem da incapacidade	<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.

A Rio Grande Seguros e Previdência S/A se compromete a tratar os dados informados neste termo 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)	
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ¹	E-mail	
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

1- Em caso cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

2- Consideram-se PPE a pessoa que desempenha, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: www.riograndeseguradora.com.br/ppe.

Centro de Relacionamento com o Cliente - CRC: 0800 281 3005

Atendimento para pessoas com necessidades especiais: acesse o chat online através do site www.riograndeseguradora.com.br.

SAC Seguros e Previdência: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvidoria Rio Grande Seguros e Previdência S/A: 0800 025 1895, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h. (É necessário ter o número do protocolo do atendimento anterior).

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

Estou ciente das penalidades previstas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

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 Rio Grande Seguros e Previdência S/A 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