

## 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 Rio Grande Seguros e Previdência S/A 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 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 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 \(www.gov.br\)](http://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