

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
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 <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 Icatu Seguros S/A 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 Legal (caso necessário)

Nome Completo			CPF (somente números)
Profissão	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ¹ <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	E-mail	
Tel ()	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ²	Grau de Parentesco/Afinidade <input checked="" type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

1- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, 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: <https://www.icatuseguros.com.br/ppe/>.

2- Caso o proponente não possua renda mensal, favor informar o valor do patrimônio estimado.

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 íntimos 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 Seguros 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