

**AVISO PARA CONCESSÃO E PRORROGAÇÃO DE
BENEFÍCIO DE AFASTAMENTO - DIT**



A SER PREENCHIDO PELO SEGURADO

<input type="checkbox"/> Aviso Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação <input type="checkbox"/> Seguro Não Contributário <input type="checkbox"/> Seguro Contributário		Data do Envio	Sinistro N° (informar em caso de prorrogação)	Folha N°
Nome do Estipulante (Exceto para seguro com cobrança através de carnê)				
Nome do Segurado				
Endereço Completo				
Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone
				()
Celular	E-mail	Data de Nascimento		Sexo
()				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CPF - Anexar xerox	RG - Anexar xerox	Profissão / Especialidade		
Tipo de Evento	Data do Início da Incapacidade			
<input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Parto				
Informar a origem da incapacidade temporária, causa da lesão e desde quando tem conhecimento da patologia (Em caso de acidente informar local, data, hora e histórico do evento).				

DECLARAÇÃO

Eu, _____, DECLARO QUE, EM VIRTUDE DO EXPOSTO ACIMA, MEU PERÍODO DE AFASTAMENTO TEVE INÍCIO A PARTIR DO DIA ____/____/____. ESTOU CIENTE DE QUE SÓ TEREI DIREITO AO RECEBIMENTO DA RENDA CONTRATADA ENQUANTO DURAR A INCAPACIDADE, DESDE QUE COMPATÍVEL COM A RECUPERAÇÃO DA LESÃO OU PATOLOGIA DECORRENTE DO EVENTO E QUE TENHA PERMANECIDO, EM RAZÃO DA MESMA, AFASTADO DE TODAS AS MINHAS ATIVIDADES REMUNERADAS.

Local e Data

Assinatura do Segurado

OBS.: O preenchimento do verso deste formulário é obrigatório para casos de acidente e doença.
Em caso de parto, anexar cópia da certidão de nascimento do recém-nascido, CPF e RG da genitora.

PARA USO EXCLUSIVO DA SEGURADORA

N° do Sinistro	Tipo de Seguro	Código do Evento	N° de Diárias Contratadas	Data do Aviso	Valor da Renda Mensal
Diárias Solicitadas	Código do Grupo	N° do Certificado	N° do CID	N° da Apólice	Vigência SERIT Mais
Último Prêmio Pago	Inclusão por	Código da Corretora	Migração SERIT Mais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vigência Inicial	Cobertura para Parto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Observações					Data e Visto do Analista
					____/____/____

Para Uso do Médico Assistente

ATENÇÃO: PARA AFASTAMENTO INICIAL PREENCHER O 1º, 2º (SE FOR O CASO) E O 4º QUADRO DESTES FORMULÁRIOS.
PARA CASOS DE PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO, PREENCHER APENAS O 3º E 4º QUADRO.
PREENCHER CORRETAMENTE TODOS OS CAMPOS.

Nome do Segurado

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 (Especificar a doença e, em caso de acidente, especificar sua natureza e lesões sofridas e qual o tratamento instituído; descrever a cirurgia, se realizada).

Data do início dos sinais e sintomas Data em que foi feito o diagnóstico

Quais exames foram realizados? (Anexar laudos dos exames) Em que época?

Diagnóstico CID Prognóstico

O paciente está incapacitado para o exercício profissional? Se positivo qual o período aproximado?
 Sim Não () dias

Após a incapacidade atestada foi iniciado tratamento conveniente e imediato? Sua continuidade está garantida para o futuro? Local de Tratamento do Segurado
 Sim Não Sim Não

O Segurado foi avaliado e/ou assistido anteriormente por outro especialista? Nome Especialidade CRM
 Sim Não

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?
() dias

Justificar as razões da prorrogação da incapacidade (Anexar laudos de exames controles realizados)

4º - Dados do Médico Assistente

Nome Legível CRM
Endereço Residencial Completo Telefone

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Assinatura de Acordo do Segurado