AVISO PARA CONCESSÃO E PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO DE AFASTAMENTO - DIT

MAG SEGUROS

A SER PREENCHIDO PELO SEGURADO

☐ Aviso Inicial ☐ Prorrogação ☐ Seguro Não Contributário ☐ 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 ☐ M ☐ F

CPF - Anexar xerox | RG - Anexar xerox | Profissão / Especialidade

Tipo de Evento ☐ Acidente ☐ Doença ☐ Parto | Data do Início da Incapacidade

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

Nº do Sinistro	Tipo de Seguro	Código do Evento	Nº de Diárias Contratadas	Data do Aviso	Valor da Renda Mensal
Diárias Solicitadas	Código do Grupo	Nº do Certificado	Nº do CID	Nº da Apólice	Vigência SERIT Mais
Último Prêmio Pago	Inclusão por	Código da Corretora	Migração SERIT Mais ☐ Sim ☐ Não	Vigência Inicial	Cobertura para Parto ☐ Sim ☐ 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 DESTE FORMULÁRIO.
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?

☐ Sim ☐ Não	Nome	Especialidade	CRM

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 conseqüências 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 Assitente	Assinatura de Acordo do Segurado