



## 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.

### 1º - Preencher em Caso de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença

39 - DESDE QUANDO É SEU MÉDICO? 40 - DATA DA PRIMEIRA CONSULTA PELO PROBLEMA ATUAL 41 - DATA DA ÚLTIMA CONSULTA 42 - DATA DE INÍCIO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

43 - ORIGEM DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ESPECIFIQUE A DOENÇA E, EM CASO DE ACIDENTE, ESPECIFICAR SUA NATUREZA, AS LESÕES SOFRIDAS, E QUAL O TRATAMENTO INSTITUÍDO).

44 - DATA DO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS 45 - DATA EM QUE FOI FEITO O DIAGNÓSTICO

46 - QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS? 47 - EM QUE ÉPOCA?

48 - DIAGNÓSTICO 49 - CID 50 - PROGNÓSTICO

51 - O PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL?  SIM  NÃO 52 - SE POSITIVO, QUAL O PERÍODO APROXIMADO?

53 - APÓS A INCAPACIDADE ATESTADA FOI INICIADO TRATAMENTO CONVENIENTE E IMEDIATO?  SIM  NÃO 54 - SUA CONTINUIDADE ESTÁ GARANTIDA PARA O FUTURO?  SIM  NÃO

55 - LOCAL DE TRATAMENTO DO SEGURADO 56 - 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

57 - CAUSA E DESCRIÇÃO EXATA DA LESÃO. INDICAR CARÁTER, SEDE E EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE.

58 - RESULTOU EM LESÃO DOS NERVOS, TENDÕES, MÚSCULOS OU ÓRGÃOS INTERNOS OU HÁ SUSPEITA? SE AFIRMATIVO, EM QUE CONSISTE?

59 - QUAIS AS CONDIÇÕES DE INTEGRIDADE FISIOLÓGICA E ANATÔMICA DO SEGURADO? INDICAR QUAIS OS VESTÍGIOS (LESÕES, DOENÇAS E ENFERMIDADES).

60 - QUE CONSEQÜÊNCIAS O ACIDENTE PODERÁ TRAZER PARA O SEGURADO?

### 3º - Preencher Somente para Prorrogação de Afastamento

61 - PERÍODO DA INCAPACIDADE ATESTADA INICIALMENTE 62 - QUAL O PERÍODO APROXIMADO DA PRORROGAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DO SEGURADO?

63 - JUSTIFICAR AS RAZÕES DA PRORROGAÇÃO DA INCAPACIDADE

### 4º - Dados do Médico Assistente

64 - NOME LEGÍVEL 65 - CRM

66 - ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO 67 - TELEFONE

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

### Este formulário deve ser entregue acompanhado da seguinte documentação:

- TODOS OS EXAMES REALIZADOS EM DECORRÊNCIA DO EVENTO;

- DOCUMENTOS RELACIONADOS COM A PERDA DE RENDIMENTOS, SEMPRE QUE SOLICITADOS E

- CÓPIA AUTENTICADA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, NO CASO DE ACIDENTE QUE EXIJA INTERVENÇÃO DE AUTORIDADE POLICIAL;

- RG E CPF DO SINISTRADO (CÓPIA AUTENTICADA).