

## DADOS DE ENVIO

## 1 - DESTINATÁRIO

Icatu Seguros (CECAD)

## 2 - ENDEREÇO

Praça Vinte e Dois de Abril, 36 parte - Centro - CEP 20021-370 - Rio de Janeiro - RJ

## 3 - CENTRAL DE RELACIONAMENTO

4002-0040 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 285 3000 (demais localidades)

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

4 - NOME DO PLANO

5 - MATRÍCULA

6 - NÚMERO DO PROCESSO

7 - NOME COMPLETO DO SEGURADO

8 - DATA DO EVENTO

a) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tiver tratado do paciente.

b) O médico que preencher esta declaração facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos, informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente

c) Devem-se evitar todos os termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas

d) Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide verso).

**Obs: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de analisar o processo de benefícios.**

## RELATÓRIO MÉDICO

9 - Em que data o acidentado pediu os serviços profissionais de V.Sa.?

10 - Quais foram as lesões constatadas por V.Sa.? Indique a sede, a natureza, e a extensão das lesões.

11 - Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente?  Sim  Não

Em caso negativo, quais foram as causas?

12 - Encontrou V.Sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente?  Sim  Não

## EM CASO DE MORTE

13 - Em que data e hora ocorreu a morte?

14 - Qual foi a causa imediata que a determinou?

15 - Resultou a morte exclusivamente dos efeitos do acidente?  Sim  Não16 - Concorreram para o desenlace outras causas?  Sim  Não

Quais?

17 - Houve inquérito policial a respeito da morte?  Sim  Não

Por que foi executado?

18 - Foi feita autópsia?  Sim  Não

## EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

19 - Onde foi tratada a vítima?

20 - Qual foi o tratamento clínico?

21 - Qual foi o tratamento fisioterápico?

22 - Qual foi o tratamento cirúrgico?

23 - Houve complicações?  Sim  Não

Quais?

24 - Foram elas consequências direta e imediata das lesões acidentais?  Sim  Não

25 - Derivaram de negligência do acidentado, de alguma causa ou doença pré-existente?  Sim  Não

26 - O acidentado quando V.Sa. o atendeu pela primeira vez, já tivera alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente?  Sim  Não

Onde e por que médico foi prestada? (informar Nome completo, CRM e telefone)

27 - Em que data V.Sa. deu alta ao acidentado?

28 - O acidentado encontra-se completamente restabelecido?  Sim  Não

29 - Se ele ainda se encontra sob os seus cuidados profissionais, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para a consolidação das lesões?

30 - Em se tratando de Invalidez Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:

Está apto a gerir seus próprios negócios e bens.  Sim  Não É alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL.  Sim  Não

31 - As lesões são diretamente de causa traumática?  Sim  Não

Qual é a causa?

32 - No seu entender, os defeitos físicos ou doenças pré-existentes podem ter agravado as consequências finais do acidente atual?  Sim  Não

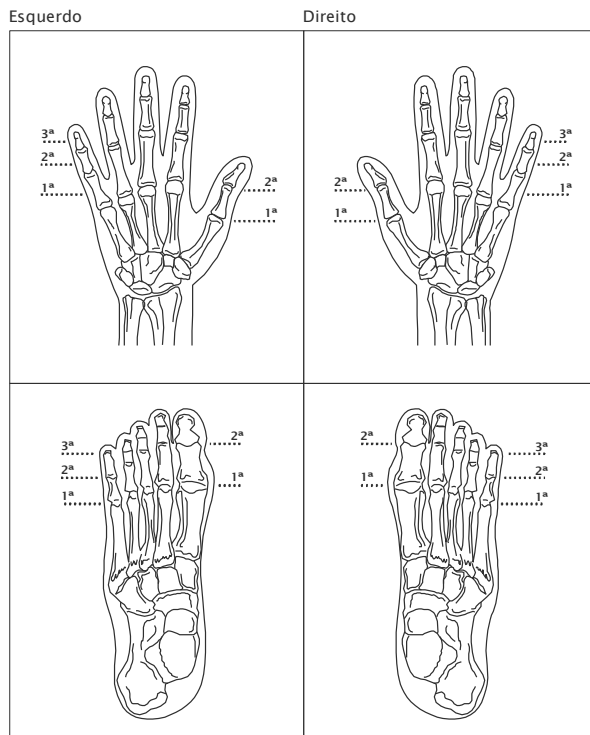
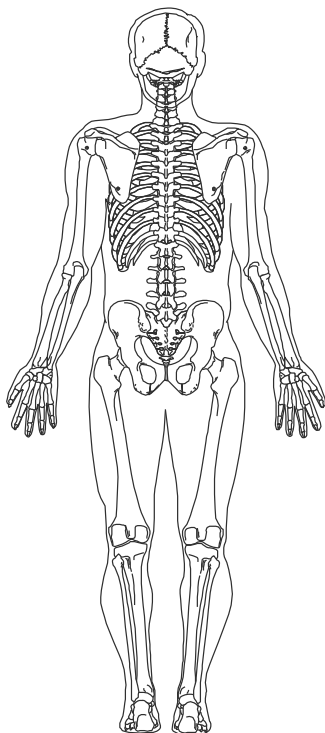
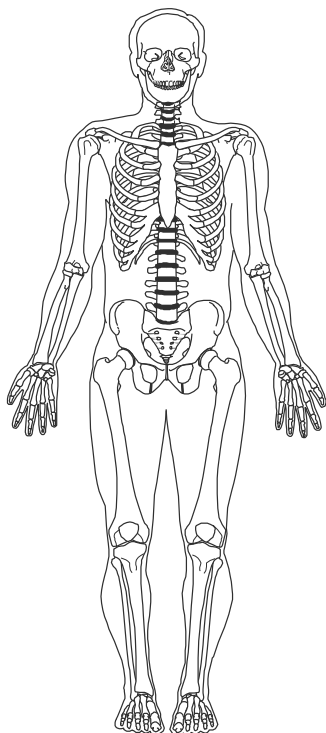
33 - Essa redução pode ser considerada de caráter definitivo?  Sim  Não

Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?

34 - Poderão as partes lesadas, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar?  Sim  Não

35 - Em caso afirmativo, qual é o tempo necessário para obter essa melhora e quais as providências que V.Sa. aconselha?

36 - Queira declarar, com a possível precisão, a percentagem da invalidez ou grau de limitação funcional (mínimo, médio ou máximo) de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva do acidente, bem como indicar as lesões no gráfico abaixo (**No verso consta a tabela de indenização**).



LESÃO OCULAR (acuidade visual): OD \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_ AO \_\_\_\_\_

Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente.

---



---



---



---

Afirmo, pela presente, que assisti o segurado desde o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ até o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, que assinei a certidão para Registro Civil e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO MÉDICO	Nº DO C.R.M.
ENDEREÇO	TELEFONE
CIDADE	ESTADO
	UF

ATENÇÃO: A FIRMA DO MÉDICO DEVE SER RECONHECIDA POR TABELIÃO.

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial – Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar. Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
Invalidez Permanente Parcial – Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total do quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo	-
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
De 4 (quatro) centímetros	10
De 3 (três) centímetros	06
Menos de 3 (três) centímetros	<b>sem indenização</b>

SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvidoria Icatu Seguros: 0800 286 0047, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados (ao ligar, tenha em mãos o número do protocolo de atendimento).