

ANEXO 21
SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO PARA FINS DE
SEGURO COMPREENSIVO DA APÓLICE HABITACIONAL
DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ

ESTIPULANTE

O Sr. _____ nascido em: _____
(Nome do Segurado)

Portador da CTPS Nº _____ série: _____ aposentado por invalidez sob o nº _____,
(número do benefício) solicita ao setor de benefícios do (a) _____
(Órgão, Superintendência, Departamento)

em _____/_____/_____, informa
Município/Sigla da UF

a (o) _____, sito na _____
(Razão Social do Estipulante)

_____ o que se pede neste formulário.
(Rua, Praça, Avenida, Número Complemento, Bairro, Cidade, UF e CEP)

Assinatura do Segurado _____ Assinatura do Estipulante _____ Data _____

ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO – INFORMAÇÕES A CARGO DO SETOR DE BENEFÍCIOS

I) DATA DA NOTIFICAÇÃO AO SEGURADO DA CONCESSÃO DA REFORMA OU APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE DEFINITIVA. DATA: _____	II) DATA DA PUBLICAÇÃO DA REFORMA OU APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE DEFINITIVA. DATA: _____	
NOME DO ÓRGÃO:	CÓDIGO:	DATA:
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO :	MATRÍCULA:	CARGO:

ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO – INFORMAÇÕES A CARGO DA PERÍCIA MÉDICA

III) DATA DO INÍCIO DO PERÍODO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE, DATA DO INÍCIO DO AUXÍLIO-DOENÇA OU ACIDENTE QUE DEU CAUSA A INCAPACIDADE DEFINITIVA. DATA: _____	IV) CÓDIGO DO DIAGNÓSTICO(CID) RELATIVO À CONCESSÃO DO PERÍODO DE LICENÇA, MENCIONADO NO ITEM III. CID: _____
V) DATA DO EXAME MÉDICO QUE CONSTATOU A INCAPACIDADE DEFINITIVA. DATA: _____	VI) CÓDIGO DO DIAGNÓSTICO(CID) RELATIVO A CONSTATAÇÃO DA INCAPACIDADE DEFINITIVA. CID: _____
VII) NA DATA DO CONTRATO ABAIXO, O SEGURADO ENCONTRAVA-SE EM PERÍODO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE OU AUXÍLIO- DOENÇA ? DATA DO CONTRATO: _____ SIM () NÃO ()	VIII) SE AFIRMATIVA A RESPOSTA DO ITEM VII, INDICAR O CÓDIGO(CID) DE ENFERMIDADE QUE MOTIVOU A CONCESSÃO DA LICENÇA OU AUXÍLIO-DOENÇA. CID: _____
IX) EXISTE RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO DESTA ENFERMIDADE COM A QUE GEROU A INVALIDEZ PERMANENTE ? SIM () NÃO ()	

NOME DO ÓRGÃO:	CÓDIGO:	DATA:
ASSINATURA DO MÉDICO:	MATRÍCULA:	CARGO:

OBSERVAÇÕES:
