delphos

# DELPHOS INFORMA

*ANO 8 - Nº 37 – JUNHO / 2002*

**CIRCULAR SUSEP Nº 191, de 20 de junho de 2002,**
**publicado no DOU em 26/06/2002**

**Ementa:** Altera os Anexos 21 e 21-A das Normas Aplicáveis à Cobertura Compreensiva Especial do Seguro Habitacional do SFH de que trata a Circular SUSEP nº 111/99.

**Nota:** Caso V.Sas. tenham interesse por maiores esclarecimentos quanto a este assunto, a DELPHOS coloca-se à sua inteira disposição, através de seus profissionais localizados em sua Matriz e nas suas Sucursais.

**INTEIRO TEOR CIRCULAR SUSEP Nº 191, de 20 de junho de 2002,**
**publicado no D.O.U em 26/06/2002**
**CIRCULAR SUSEP Nº 191, de 20 de junho de 2002.**

***Altera os Anexos 21 e 21-A das Normas Aplicáveis à Cobertura Compreensiva Especial do Seguro Habitacional do SFH de que trata a Circular SUSEP nº 111/99.***

**O SUPERINTENDENTE SUBSTITUTO DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP,** no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 36 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, tendo em vista o que consta do processo SUSEP nº 10.003583/01-57, de 26 de junho de 2001, e considerando a necessidade de adequação das Normas e Rotinas da Apólice de Seguro Habitacional do SFH aprovadas pela Circular SUSEP nº 111, de 3 de dezembro de 1999, com as alterações introduzidas pela Circular SUSEP nº 179, de 26 de dezembro de 2001, em vista da extinção da necessidade de homologação dos exames médico-periciais, de conformidade com a Resolução nº 60, de 6 de setembro de 2001, do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS,

**R E S O L V E :**

Art.1º Alterar os Anexos 21 e 21-A das Normas e Rotinas Aplicáveis à Cobertura Compreensiva Especial do Seguro Habitacional do SFH, que passam a vigorar com o modelo e as instruções de preenchimento estabelecidos nos anexos desta Circular.

Art. 2º Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação.

**Rio de Janeiro, 20 de junho de 2002**

**NEIVAL RODRIGUES FREITAS**
**Superintendente Substituto**

# ANEXO
# CIRCULAR SUSEP Nº 191, DE 20 DE JUNHO DE 2002

## 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 _____, solicita ao setor de benefícios do (a) _____
(número do benefício) (Órgão, Superintendência, Departamento)
_____em _____/_____, informa
Município/Sigla da UF
a (o)_____, sito na _____
(Razão Social do Estipulante)
_____o que se pede
(Rua, Praça, Avenida, Número Complemento, Bairro, Cidade, UF e CEP)
neste formulário.

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

| | | |
|---|---|---|
| **NOME DO ÓRGÃO:** | **CÓDIGO:** | **DATA:** |
| **ASSINATURA DO MÉDICO:** | **MATRÍCULA:** | |

**OBSERVAÇÕES:**

# ANEXO 21-A

# INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

# DA DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ

## A - INSTRUÇÃO GERAL

1. O formulário está dividido em duas partes, separadas por uma linha horizontal contínua.

1.1. Cabe ao Estipulante o preenchimento da primeira parte, acima da linha horizontal, bem como da data a ser indicada no item VII da segunda parte.

1.2. A segunda parte deverá ser preenchida pelo Órgão Previdenciário ao qual estiver vinculado o Segurado.

2. O formulário deverá ser emitido pelo Estipulante em 3 vias, com a seguinte destinação:

- 1ª via: deverá ser devolvida ao Estipulante com atendimento das informações.
- 2ª e 3ª vias: para uso do Órgão Previdenciário.

3. O formulário deverá ser encaminhado diretamente pelo Estipulante ao Órgão Previdenciário, não devendo ser entregue ao Segurado em hipótese alguma.

## 1 - PRIMEIRA PARTE (A CARGO DO ESTIPULANTE)

| NOME DO CAMPO | REGISTRO DO CAMPO |
|---|---|
| **NOME DO SEGURADO** | Indicar o nome do Segurado |
| **DATA DE NASCIMENTO** | Indicar a data de nascimento do Segurado |
| **CTPS Nº** | Indicar o número da Carteira de Trabalho e Previdência Social do Segurado. |
| **Nº DO BENEFÍCIO** | Indicar o número do benefício correspondente à aposentadoria por invalidez. |
| **ÓRGÃO/SUP/DEP/AG** | Indicar o órgão, superintendência, departamento e agência a quem estão sendo solicitadas as informações. |
| **MUNICÍPIO** | Indicar o município onde se situa o órgão responsável pelas informações solicitadas. |
| **RAZÃO SOCIAL DO ESTIPULANTE** | Indicar a razão social do Estipulante. |
| **ENDEREÇO DO ESTIPULANTE** | Indicar o endereço do Estipulante para onde o Órgão Previdenciário encaminhará a primeira via do formulário preenchido. |
| **ASSINATURAS** | Destinado às assinaturas do Segurado e do responsável pelo Estipulante e indicação da data do pedido de informação. |

**OBSERVAÇÕES:**

O Estipulante deverá preencher a data do item VII, da segunda parte do formulário, como sendo a do contrato que caracterizou o vínculo do segurado ao seguro.

## 2 - SEGUNDA PARTE (A CARGO DO ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO)

### 2.1 - INFORMAÇÕES A CARGO DO SETOR DE BENEFÍCIOS

| NOME DO CAMPO | *REGISTRO DO CAMPO* |
|---|---|
| **I** | Indicar a data em que o Segurado foi notificado da concessão da aposentadoria ou reforma por invalidez permanente. |
| **II** | Indicar a data da publicação da aposentadoria, reforma ou entrega do carnê de benefícios ao Segurado. |
| **NOME DO ÓRGÃO E CÓDIGO** | Destinado a assinatura, nome e código do órgão responsável pelo preenchimento dos campos I e II. |
| **DATA** | Indicar a data do preenchimento dos campos. |
| **FUNCIONÁRIO / MATRÍCULA / CARGO** | Destinado a assinatura, nome, matrícula e cargo do funcionário responsável pelas informações dos campos I e II. |

### 2.2 – INFORMAÇÕES A CARGO DO SETOR DE PERÍCIA MÉDICA

| NOME DO CAMPO | *REGISTRO DO CAMPO* |
|---|---|
| **III** | Indicar a data em que se deu o início do auxílio-doença, do afastamento do Segurado das suas funções, em decorrência da moléstia que veio provocar a invalidez, ou a data do acidente que gerou a invalidez, conforme o caso. |
| **IV** | Indicar o Código Internacional de Doenças-CID relativo à doença ou acidente cuja data foi informada no campo III. |
| **V** | Indicar a data do exame médico que constatou a invalidez de forma definitiva. |
| **VI** | Indicar o Código Internacional de Doenças-CID relativo à constatação da invalidez de forma definitiva. |
| **VII** | A data a ser considerada neste campo deverá ser preenchida pelo Estipulante e refere-se àquela que caracterizou o vínculo do Segurado ao seguro.<br>O Órgão Previdenciário deverá indicar se o Segurado estava naquela data em licença para tratamento de saúde ou em auxílio-doença. |
| **VIII** | Caso tenha sido indicado SIM, no campo VII, informar o CID relativo à enfermidade que motivou o afastamento do trabalho. |
| **IX** | Indicar se existe relação de causa e efeito com a enfermidade que gerou a invalidez permanente. |
| **NOME DO ÓRGÃO E CÓDIGO** | Indicar o nome e o código do órgão responsável pelo preenchimento dos campos III a IX. |
| **DATA** | Indicar a data em que estão sendo prestadas as informações. |
| **MÉDICO / MATRÍCULA / CARGO** | Destinado a assinatura, nome, matrícula e cargo do médico responsável pelas informações dos campos III a IX. |