

# DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

## DI

### DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:	
DATA DO ACIDENTE ____/____/____	PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL:
COMO FOI DESCRITO O ACIDENTE?	
QUAIS AS LESÕES OCORRIDAS? (INDICAR CARÁTER, EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE)	
A QUE TRATAMENTO(S) O PACIENTE FOI SUBMETIDO?	
DIAGNÓSTICO:	CID
O PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO PARA O EXERCÍCIO DA SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL? ( ) SIM            ( ) NÃO	
SE INCAPACITADO, QUAL O PERÍODO APROXIMADO? ____/____/____ a ____/____/____	Nº DE DIAS DE AFASTAMENTO

**\*\*PREENCHER SOMENTE EM CASO DE PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO**

PERÍODO ATESTADO ANTERIORMENTE	PERÍODO DE PRORROGAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
QUAL O MOTIVO DA PRORROGAÇÃO?	

**O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA**

NOME DO MÉDICO:		Nº CRM:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	