

CIRCULAR SUSEP Nº 191, DE 20 DE JUNHO DE 2002 - ANEXO.

**ANEXO 21**

**SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO PARA FINS DE  
(Art. 3º) SEGURO COMPREENSIVO DA APÓLICE HABITACIONAL  
(Art. 4º) DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ**

**Seção 1.01 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, informar a \_\_\_\_\_,  
(Município/Sigla da UF) (Razão Social do Estipulante)

sito na \_\_\_\_\_,  
(Rua, Praça, Avenida, número, complemento, bairro, cidade, UF e CEP)

**o que se pede neste formulário.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Segurado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Estipulante

\_\_\_\_\_  
Data

**(a) ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO – INFORMAÇÕES A CARGO DO SETOR DE BENEFÍCIOS**

<b>I) DATA DA NOTIFICAÇÃO AO SEGURADO DA CONCESSÃO DA REFORMA OU APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE DEFINITIVA.</b> DATA:		<b>II) DATA DA PUBLICAÇÃO DA REFORMA OU APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE DEFINITIVA.</b> DATA:	
<b>NOME DO ÓRGÃO:</b>		<b>CÓDIGO:</b>	<b>DATA:</b>
(i) ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO		<b>MATRÍCULA:</b>	<b>CARGO:</b>

**(b) ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO – INFORMAÇÕES A CARGO DA PERÍCIA MÉDICA**

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

<b>NOME DO ÓRGÃO:</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>DATA:</b>
ASSINATURA DO MÉDICO:	<b>MATRÍCULA:</b>	<b>CARGO:</b>

<b>OBSERVAÇÕES:</b>
---------------------

## ANEXO 21-A

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ

A - INSTRUÇÃO GERAL	
<p>1. O formulário está dividido em duas partes, separadas por uma linha horizontal contínua.</p> <p>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.</p> <p>1.2. A segunda parte deverá ser preenchida pelo Órgão Previdenciário ao qual estiver vinculado o Segurado.</p>	
<p>2. O formulário deverá ser emitido pelo Estipulante em 3 vias, com a seguinte destinação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1ª via: deverá ser devolvida ao Estipulante com atendimento das informações.</li><li>- 2ª e 3ª vias: para uso do Órgão Previdenciário.</li></ul>	
<p>3. O formulário deverá ser encaminhado diretamente pelo Estipulante ao Órgão Previdenciário, não devendo ser entregue ao Segurado em hipótese alguma.</p>	

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

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

<b>Art.2º.</b>	<b>NOME DO CAMPO</b>	<b>Seção 2.01</b>	<b>REGISTRO DO CAMPO</b>
(a)	<b>I</b>		Indicar a data em que o Segurado foi notificado da concessão da aposentadoria ou reforma por invalidez permanente.
	<b>II</b>		Indicar a data da publicação da aposentadoria, reforma ou entrega do carnê de benefícios ao Segurado.
	<b>NOME DO ÓRGÃO E CÓDIGO</b>		Destinado a assinatura, nome e código do órgão responsável pelo preenchimento dos campos I e II.
	<b>DATA</b>		Indicar a data do preenchimento dos campos.
	<b>FUNCIONÁRIO / MATRÍCULA / CARGO</b>		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**

<b>Art.3º.</b>	<b>NOME DO CAMPO</b>	<b>Seção 3.01</b>	<b>REGISTRO DO CAMPO</b>
(a)	<b>III</b>		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.
	<b>IV</b>		Indicar o Código Internacional de Doenças-CID relativo à doença ou acidente cuja data foi informada no campo III.
	<b>V</b>		Indicar a data do exame médico que constatou a invalidez de forma definitiva.
	<b>VI</b>		Indicar o Código Internacional de Doenças-CID relativo à constatação da invalidez de forma definitiva.
	<b>VII</b>		A data a ser considerada neste campo deverá ser preenchida pelo Estipulante e refere-se àquela que caracterizou o vínculo do Segurado ao seguro. O Órgão Previdenciário deverá indicar se o Segurado estava naquela data em licença para tratamento de saúde ou em auxílio-doença.
	<b>VIII</b>		Caso tenha sido indicado SIM, no campo VII, informar o CID relativo à enfermidade que motivou o afastamento do trabalho.
	<b>IX</b>		Indicar se existe relação de causa e efeito com a enfermidade que gerou a invalidez permanente.
	<b>NOME DO ÓRGÃO E CÓDIGO</b>		Indicar o nome e o código do órgão responsável pelo preenchimento dos campos III a IX.
	<b>DATA</b>		Indicar a data em que estão sendo prestadas as informações.
	<b>MÉDICO / MATRÍCULA / CARGO</b>		Destinado a assinatura, nome, matrícula e cargo do médico responsável pelas informações dos campos III a IX.