

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: CPF:

Telefone: Data de nascimento: PIS:

2 LEGISLAÇÃO UTILIZADA

Movimentação da conta vinculada do FGTS com base na Lei nº 8.036 de 1990, no Decreto nº 99.684 de 1990, nas Ações Cíveis Públicas nº 0028244-17.2016.4.02.5001/ES, nº 5039405-17.2022.4.02.5101/RJ e nº 1001049-24.2019.4.01.3300/BA, mediante análise prévia da Perícia Médica Federal comprovando o acometimento das doenças elencadas no item 3.

3 RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

Atesto que o(a) paciente apresenta diagnóstico de:

<input type="checkbox"/> Alienação mental	<input type="checkbox"/> Hanseníase	Código da CID-10 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cardiopatia grave	<input type="checkbox"/> Hepatopatia grave	
<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Nefropatia grave	
<input type="checkbox"/> Contaminação por radiação	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna (câncer)	
<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> Paralisia irreversível e incapacitante	
<input type="checkbox"/> Espondiloartrose anquilosante	<input type="checkbox"/> Portador do vírus HIV	
<input type="checkbox"/> Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante)	<input type="checkbox"/> Transtorno do espectro autista (TEA) de grau severo (nível 3)	
<input type="checkbox"/> Estágio terminal de vida em razão de doença grave	<input type="checkbox"/> Tuberculose ativa	
<input type="checkbox"/> Microcefalia (crianças ou adolescentes comprovadamente diagnosticadas). Neste caso informar: <ul style="list-style-type: none"> • Perímetro cefálico (cm): _____; • Data da mensuração do perímetro cefálico (dd/mm/aaaa): ____/____/____; • Idade do paciente na data de mensuração do perímetro cefálico: _____. 		

* Exames realizados e/ou dados clínicos que confirmam o diagnóstico:

* Caso se trate de enfermidade cujo diagnóstico seja comprovado por meio de exames, estes deverão ser anexados ao requerimento.

4 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome: CNPJ:

5 DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Atesto que o(a) paciente foi submetido(a) a avaliação médica e o diagnóstico foi firmado respeitando os critérios específicos da medicina especializada. Declaro sob as penas da Lei que as informações prestadas são a expressão da verdade, em conformidade com as normas dos Conselhos Federais e Regionais de Medicina, inclusive em respeito aos princípios contidos no código de ética médica.

Nome do Médico:

CPF do Médico: Telefone:

CRM: UF: Data de emissão do formulário:

Assinatura e carimbo do médico

6 INFORMAÇÕES/DECLARAÇÕES SOBRE A FINALIDADE DO FORMULÁRIO

Declaro estar ciente de que:

- os dados pessoais coletados por meio deste serviço serão utilizados pela CAIXA no papel de Agente Operador do FGTS e pela Perícia Médica Federal para viabilizar o saque do FGTS, em conformidade e respeito à legislação aplicável sobre a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD;
- a CAIXA prosseguirá com o processo de atendimento à solicitação de saque da conta vinculada do FGTS, após receber o parecer da Perícia Médica Federal.

Assinatura/impressão digital do paciente ou do representante legal

		Carimbo de Recepção Norma CIEF 001/90
PROTOCOLO DE ENTREGA DO RELATÓRIO MÉDICO E DEMAIS DOCUMENTOS		
Nome do(a) paciente(a) <input type="text"/>	CID-10 <input type="text"/>	
CPF <input type="text"/>		
Data da recepção da documentação <input type="text"/>		

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS AO TRABALHADOR

- O trabalhador titular da conta vinculada deverá comparecer a uma Agência da CAIXA com a documentação listada abaixo ou incluí-la no *app* FGTS, a fim de requerer o saque do FGTS.
- A confirmação do acometimento da doença será feita pela Perícia Médica Federal que tem o prazo inicial de 30 (trinta) dias úteis, contados a partir do recebimento do pedido de saque na CAIXA, para avaliação e emissão de parecer sobre a situação de saúde do trabalhador, podendo exceder este prazo nos casos de limitação da capacidade operacional regular de seu atendimento.
- A Perícia Médica Federal poderá solicitar ao trabalhador a complementação de documentos ou o agendamento de perícia presencial, situação em que o prazo de até 30 (trinta) dias úteis para emissão do parecer final passa a ser contado a partir da data do atendimento do trabalhador às novas exigências, podendo exceder este prazo nos casos de limitação da capacidade operacional regular de seu atendimento.
- A evolução do status do pedido poderá ser acompanhada pelo trabalhador no *app* FGTS ou nas Agências da CAIXA.
- O débito na conta vinculada do FGTS será efetivado automaticamente pela CAIXA em até 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do recebimento do ateste de atendimento às condições de saúde exigidas para movimentação da conta vinculada do FGTS emitido pela Perícia Médica Federal.

DOCUMENTOS PARA SAQUE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ formulário “Relatório Médico para Solicitação de Saque do FGTS” firmado com assinatura sobre carimbo, CRM e UF do médico assistente responsável pelo tratamento, com validade não superior a 1 (um) ano contado da data de sua expedição; ou ▪ formulário “Relatório Médico para Solicitação de Saque do FGTS”, emitido com assinatura e certificação digital no padrão ICP-Brasil do médico assistente, com validade não superior a 1 (um) ano contado da data de sua expedição (assinatura e carimbo do médico não são necessários).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ cópia dos laudos dos exames médicos que serviram de base para elaboração do formulário “Relatório Médico para solicitação de Saque do FGTS”.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ cópia dos exames médicos que tenham sido informados no formulário “Relatório Médico para Solicitação de Saque do FGTS”.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ cópia da página 54 da “Caderneta da Criança” no caso de solicitação de saque por microcefalia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ documento de comprovação da dependência: quando o paciente tiver correlação de dependência com o titular da conta vinculada.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CTPS ou impressão da Carteira de Trabalho Digital dos dados referentes ao vínculo empregatício; ▪ documento que identifique a conta vinculada do FGTS, no caso de trabalhador avulso; ou ▪ documento para comprovar a condição de diretor não empregado.

– Com relação a assinatura digital, observamos que a impossibilidade de verificação de sua autenticidade determina a rejeição do formulário “Relatório Médico para Solicitação de Saque do FGTS”.