

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Data de Nascimento:	<input type="text"/>

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:	<input type="text"/>	CNPJ:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-------	----------------------

3 LEGISLAÇÃO

Com base na Lei nº 8.036 de 1990, no Decreto nº 99.684/1990, na Portaria Interministerial nº 2.998 de 2001, e na Ação Civil Pública nº 0028244-17.2016.4.02.5001/ES, o(a) trabalhador(a), bem como qualquer de seus dependentes na mesma situação, pode solicitar a movimentação do saldo da conta vinculada ao FGTS, mediante análise prévia da Perícia Médica Federal, desde que esteja acometido de: Neoplasia maligna; Portador do vírus HIV; Tuberculose ativa; Hanseníase; Alienação mental; Cegueira; Paralisia irreversível e incapacitante; Cardiopatia grave; Doença de Parkinson; Espondiloartrose anquilosante; Nefropatia grave; Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); Contaminação por radiação com base em conclusão da medicina especializada; Hepatopatia grave; ou paciente em estágio terminal de vida em razão de doença grave.

4 RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

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"/> Tuberculose ativa	
<input type="checkbox"/> Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante)	<input type="checkbox"/> Portador do vírus HIV	
<input type="checkbox"/> Estágio terminal de vida em razão de doença grave		

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

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 acima são a expressão da verdade, em conformidade com as normas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, inclusive em respeito aos princípios contidos no código de ética médica.

Nome do Médico:	<input type="text"/>			
CPF do Médico:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	CRM/UF: <input type="text"/>
Assinatura e carimbo do médico assistente				


6 INFORMAÇÃO SOBRE A FINALIDADE

Os dados pessoais coletados por meio deste serviço, serão utilizados para que a CAIXA no papel de Agente Operador do FGTS, possa viabilizar o saque do FGTS em conformidade com a legislação vigente. Os dados cadastrais (nome, CPF e data de nascimento) e os dados médicos (laudos e exames), serão encaminhados para a Perícia Médica Federal, respeitando a legislação aplicável sobre a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD. A CAIXA liberará o saldo da conta vinculada do FGTS, após o recebimento do parecer positivo da Perícia Médica Federal deferindo a demanda.

7 IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Data de Nascimento:	<input type="text"/>
		PIS:	<input type="text"/>

Assinatura ou impressão digital do sacador ou do representante legal

		Carimbo de Recepção Norma CIEF 001/90
PROTOCOLO DE ENTREGA DO RELATÓRIO MÉDICO E DEMAIS DOCUMENTOS		
Nome do(a) trabalhador(a) <input type="text"/>	Cód. Saque <input type="text"/>	
CPF <input type="text"/>	CID-10 <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 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 de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS” firmado com assinatura sobre carimbo e CRM/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 de Doenças Graves 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 de Doenças Graves para solicitação de Saque do FGTS”.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ cópia dos exames médicos que tenham sido informados no formulário “Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS”.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ documento de comprovação da dependência se o paciente for o dependente do 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 de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS”.