

INSTRUÇÕES SOBRE PROCESSO DE SINISTRO INVALIDEZ PERMANENTE

I -Requerimento;

II -Documentos obrigatórios, que deverão ser anexados ao requerimento, ao ser considerado invalido pelo Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM) ou do Instituto de Previdência Social:

- a) Cópia do último BP ou boleto de pagamento das prestações;
- b) Cópia da página do Diário Oficial, Portaria ou Boletim que publicou a invalidez (somente para servidores civis ou militares);
- c) Cópia da Apostila de Proventos (solicitar ao SVPM) ou Termo de Inspeção de Saúde (solicitar ao CPMM), para militares reformados e Servidores Públicos Civis;
- d) Cópia do Título Declaratório de Proventos na Inatividade, emitido pelo SVPM para militares da ativa recém-reformados;
- e) Cópia da carta de Concessão de Benefícios (somente no caso de segurado vinculado ao INSS);
- f) Cópia do Laudo Médico, Atestado Médico e Exames Médicos;
- g) Declaração de Invalidez -Anexo 21(Página 3).O segurado deverá assinar as três vias no campo correspondente “Assinatura do Segurado”, e as informações serão preenchidas posteriormente pela CCCPM;
- h) Autorização (Página 4) Preencher a “Autorização” com o nome completo, graduação/posto/função e assinar no campo “Assinatura do Segurado”;
- i) Cópia da Carteira de Identidade do Segurado;
- j) Cópia da Carteira de Identidade do Requerente, quando este não for o próprio segurado; e
- k) Cópia do comprovante de residência do segurado.
- l) **Termo de Consentimento para Tratamento de Dados**

Senhor Presidente da Caixa de Construções de Casas para o Pessoal da Marinha,

Nome do mutuário/beneficiário _____

Nome do requerente (se terceiros com procuração): _____

Posto/Grad. _____ NIP/Mat. SIAPE _____

Identidade: _____ Órgão Exp.: _____ CPF: _____ - _____

Endereço: _____ Nº. _____ Apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado _____ CEP: _____ - _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-Mail: _____

OM onde serve: _____ Telefone: () _____ - _____

Desejo receber informações da CCCPM em meu e-mail: () SIM () NÃO

REQUER AO SENHOR.:

Indenização por Invalidez Permanente

Nestes termos, pede deferimento.

Assinatura: _____

Atendido por: _____

_____, em _____ de _____ de _____.

=====

Despacho do Sr. Presidente:

Deferido

Indeferido

Rio de Janeiro, em _____ de _____ de _____.

Responsável pelo despacho: _____

(carimbo)

ANEXO 21

**SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO PARA FINS DE SEGURO COMPREENSIVO DA
APÓLICE HABITACIONAL
DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ**

ESTIPULANTE

O Sr.(a) (Nome do Segurado)	Nascido em	
Portador da CTPS nº	Série:	aposentado por invalidez sob nº (nº beneficiário)
Solicita ao setor de benefícios do (a) (Órgão, Superintendência, Departamento)		
Centro - RJ em (Município/Sigla da UF)	a (o) Caixa de Construções de Casas Para Pessoal da Marinha (Razão Social do Estipulante)	
Sito na Av. Rio Branco nº 39, 11º. Centro – RJ. o que se pede neste formulário. (Rua, Praça, Avenida, Número, Complemento, Bairro, Cidade, UF e CEP)		
Assinatura do Segurado	Assinatura do Estipulante	Data

ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO – INFORMAÇÕES A CARGO DO SETOR DE BENEFÍCIOS

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

NOME DO ÓRGÃO:	CÓDIGO:	DATA:
ASSINATURA DO MÉDICO:	MATRÍCULA	

OBSERVAÇÕES:

AUTORIZAÇÃO

EU, _____
(nome)

_____, autorizo ao Sr. Diretor do
graduação / posto / função)

_____ a divulgar o Código Internacional de Doenças
(Órgão, Superintendência, Departamento)

(CID) ao Agente Financeiro Caixa de Construções de Casas Para o Pessoal da
Marinha, para fins de quitação do saldo devedor do Financiamento do imóvel pela
Companhia de Seguradora.

_____, de _____ de 20__.
