

## DECLARAÇÃO DE CAUSA MORTIS PELO MÉDICO ASSISTENTE

|   |     |      |  |                     |  |
|---|-----|------|--|---------------------|--|
| NOME DO FALECIDO POR EXTENSO  |     |      |  | SEGURADORA          |  |
| IDADE   | COR | SEXO | PROFISSÃO  | DATA DO FALECIMENTO |  |
| LOCAL DO FALECIMENTO. SE OCORRIDO EM HOSPITAL OU EM OUTRA INSTITUIÇÃO, QUEIRA DAR O NOME  |     |      |  |                     |  |
| ENDEREÇO  |     |      | CIDADE   | ESTADO              |  |
| CAUSA DA MORTE  |     |      |  |                     |  |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE E DATA  |     |      |  |                     |  |
| FEZ ELETROCARDIOGRAMA OU OUTROS EXAMES? QUAIS, EM QUE DATA E QUAL O RESULTADO   |     |      |  |                     |  |
| HOVE CIRURGIA? QUAL O TIPO E EM QUE DATA  |     |      |  |                     |  |
| DURAÇÃO DA DOENÇA SEGUNDO CONHECIMENTO PESSOAL<br>ANOS _____ MESES _____ DIAS _____   |     |      | DURAÇÃO SEGUNDO INFORMAÇÕES OBTIDAS<br>ANOS _____ MESES _____ DIAS _____ |                     |  |
| QUANTO TEMPO ESTEVE O FALECIDO DOENTE QUANDO V.Sa. FOI CHAMADO PARA ASSISTIR A SUA ÚLTIMA ENFERMIDADE?  |     |      |  |                     |  |
| DATA DA SUA PRIMEIRA VISITA DURANTE A ÚLTIMA ENFERMIDADE  |     |      | DATA DA SUA ÚLTIMA VISITA  |                     |  |
| NOME DO MÉDICO QUE ASSISTIU AO PACIENTE ANTERIORMENTE   |     |      |  |                     |  |
| CONTRIBUIU A OCUPAÇÃO DO FALECIDO PARA SUA MORTE?   |     |      |  |                     |  |
| FOI O FALECIMENTO OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? SE DEVIDO A ACIDENTE, QUEIRA DAR A DATA, DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DAS LESÕES                               |     |      |  |                     |  |
| FAÇA AQUI AS OBSERVAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DA DOENÇA  |     |      |  |                     |  |
| AFIRMO, PELO PRESENTE QUE ASSISTI O FALECIDO<br>DESDE O DIA _____ DE _____ DE _____ ATÉ O DIA _____ DE _____ DE _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. |     |      |  |                     |  |
| LOCAL E DATA  |     |      | ASSINATURA DO MÉDICO   |                     |  |
| NOME DO MÉDICO  |     |      |  | CRM                 |  |
| ENDEREÇO  |     |      | CIDADE   | ESTADO              |  |