



RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Segurado (paciente): \_\_\_\_\_
2. Local do falecimento: \_\_\_\_\_ Data do óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Causa morte e tempo de duração, pela ordem:
  - a) Primária: \_\_\_\_\_
  - b) Secundária: \_\_\_\_\_
  - c) Outras: \_\_\_\_\_
4. Data da 1ª consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. Data da última consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. Foi seu médico durante a doença que o vitimou? Desde quando o atendia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Quando foi diagnosticada a doença causadora do óbito? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Quais exames foram realizados para diagnosticar a doença? Favor informar data de realização dos exames: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Houve internação para tratamento clínico ou cirúrgico?  Sim  Não Informe qual hospital, o período e o diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Espaço reservado para informações adicionais que achar pertinente ao caso:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE (assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documentos)

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável (A firma do médico deve ser reconhecida por tabelião): \_\_\_\_\_