

À LIBERTY

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, faleceu na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ com a causa morte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
conforme cópia da certidão de óbito em anexo.

De igual forma, declaro que o(a) Médico(a) \_\_\_\_\_

CRM/\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, se recusou a preencher o relatório médico da seguradora LIBERTY com fulcro na Resolução nº 1931/2009, do Conselho Federal de Medicina.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Declarante