

RELATÓRIO MÉDICO – MORTE NATURAL
(para ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado, de forma legível)

1. Identificação

| | | | | |
|-------------------------------|-----------|----------|------------|----------------------|
| 1.1 Nome Completo do Falecido | 1.2 Idade | 1.3 Peso | 1.4 Altura | 1.5 Pressão Arterial |
|-------------------------------|-----------|----------|------------|----------------------|

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| 1.6 Causa da Morte pela Ordem | |
| 1.6.1 1ª Primária | 1.6.2 2ª Secundária |

| | | |
|---|-------------------------|--------------------------|
| 1.7 Data do Falecimento ____/____/____ | 1.8 Hora do Falecimento | 1.9 Local do Falecimento |
|---|-------------------------|--------------------------|

| |
|--|
| 1.10 Diagnóstico detalhado da Doença e Código do CID |
| |
| |

| |
|---|
| 1.11 Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o Segurado? |
| |
| |

| |
|--|
| 1.12 Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? Mencionar datas |
| |
| |

| | |
|--|--------------------------------------|
| 1.13 O Segurado tinha conhecimento da doença que o levou a óbito? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | 1.14 Desde quando? ____/____/____ |
|--|--------------------------------------|

| | | |
|---|---|--|
| 1.15 Há quanto tempo trata do Segurado? | | |
| 1.15.1 Data da 1ª consulta ____/____/____ | 1.15.2 Data da Última Consulta ____/____/____ | 1.15.3 Data do Início da Doença ____/____/____ |

| | |
|---|--|
| 1.16 Qual a duração da doença segundo seu conhecimento pessoal? | 1.17 Qual a duração da doença segundo informações obtidas? |
|---|--|

| | |
|--|------------------------------------|
| 1.18 Houve Intervenção hospitalar? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | 1.18.2 Período |
| 1.18.1 Nome do Hospital | De ____/____/____ a ____/____/____ |

| |
|---|
| 1.19 O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |
|---|

| | | | |
|-------------|-----------------|------------|-----------------|
| 1.19.1 Nome | 1.19.2 Endereço | 1.19.3 DDD | 1.19.4 Telefone |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

| |
|--|
| 1.20 Encontrou no paciente qualquer deficiência física ou doença preexistente? Especifique |
| |
| |

| |
|--|
| 1.21 O Segurado se encontrava sob tratamento clínico? Especifique: |
| |
| |

| |
|---|
| 1.22 O Segurado estava em gozo de benefício de Auxílio-Doença pelo INSS? Especifique: |
| |
| |

| |
|---|
| 1.23 Outras informações complementares: |
| |
| |
| |

2. Identificação Médica

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.
A Assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

| | | | | |
|----------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|--------|
| 2.1 Nome legível do Médico | 2.2 Nº do CRM | 2.12 Reconhecer Firma | | |
| 2.3 Complemento | 2.4 DDD | | 2.5 Telefone | |
| 2.6 Bairro | 2.7 Cidade | | 2.8 CEP | 2.9 UF |
| 2.10 Assinatura e Carimbo | | | 2.11 Data ____/____/____ | |