

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? Mencione datas					
1.13 O Segurado tinha conhecimento da doença que o levou a óbito?					1.14 Desde quando?
☐ SIM ☐ NÃO					____/____/____
1.15 Há quanto tempo trata o 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? ☐ NÃO ☐ SIM					1.18.2 Período
1.18.1 Nome do Hospital					De ____/____/____ a ____/____/____
1.19 O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos? ☐ NÃO ☐ 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 ____/____/____		