



Declaração do Médico que Acompanhava o Segurado - Morte

Nome Completo do(a) Falecido(a)		Idade	
Foi o médico do segurado durante a doença que motivou seu óbito? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Há quanto tempo trata do Segurado?	Data da 1ª consulta: ___/___/___	Data da última visita: ___/___/___
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a Morte (mencionar CID)			

Causa da Morte: Primária:	Causa da Morte: Secundária:
----------------------------------	------------------------------------

Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o segurado?

Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? Mencionar datas e resultados.

Quando do diagnóstico, o(a) segurado(a) foi informado do mesmo?	O segurado teve conhecimento de toda evolução e consequências de sua moléstia? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em que data? ___/___/___
Em caso negativo, foi informado a outra pessoa? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em que data? ___/___/___	Nome e Parentesco da pessoa informada sobre o diagnóstico do segurado
Era o paciente portador de alguma outra doença? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais?	

Encontrou no paciente qualquer defeito físico ou doença pré-existente? Especifique:

Foi realizado Necropsia (*em caso positivo, anexar cópia do laudo de exame necroscópico*) Não Sim

Houve internação Hospitalar: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Nome do Hospital:	Período:
---	-------------------	----------

O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos: () Não () Sim. Por favor, informar Nome, CRM e Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE	RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA DO MÉDICO
Nome: _____	_____
Endereço: _____	Assinatura e Carimbo com CRM
Telefone com DDD: _____	Data: ___/___/___