

**INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE O SINISTRADO**

**MORTE NATURAL**

Nome do sinistrado: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO ASSISTENTE DO SINISTRADO**

1- Data do falecimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2- Qual(is) o(s) diagnóstico(s) do segurado?

Primário \_\_\_\_\_

Secundário \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

3- Desde quando é médico assistente do segurado? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3.1- Data da primeira consulta médica: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3.2- Data da última consulta médica: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4- Qual tratamento estava sendo realizado ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5- Resultado dos principais exames realizados e datas:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

6- Há quanto tempo o segurado sofria da doença que o vitimou? \_\_\_\_\_

7- Esteve afastado do trabalho em função do diagnóstico? ( ) NÃO

( ) SIM Desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

8- Houve acidente? ( ) SIM ( ) NÃO

9- Em se tratando de doença neuropsíquica, o sinistrado está em plena condição de responder por todos os seus atos da vida civil e em uso da sua capacidade cognitiva?

( ) SIM ( ) NÃO

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE**

Declaro que são verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me civil e criminalmente por elas. Estou ciente das sanções previstas em lei, caso tenha omitido ou prestado qualquer tipo de declaração não verídica.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico assistente: \_\_\_\_\_