

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: _____