

AVISO DE SINISTRO - MORTE

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:			() MORTE NATURAL () MORTE ACIDENTAL
DATA DO ÓBITO ____/____/____	HORA DO ÓBITO	CONHECIA PESSOALMENTE O FALECIDO? () SIM () NÃO	DESDE QUANDO? ____/____/____
O ÓBITO FOI ATESTADO POR V.S ^a ?	DESDE QUANDO O SEGURADO ERA SEU PACIENTE?		POR QUAL MOTIVO?
FOI O FALECIMENTO OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO, ACIDENTE OU MOLÉSTIA? QUAL(IS) A(S) CAUSA(S) DA MORTE?			
LOCAL E ENDEREÇO DO FALECIMENTO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, LOCAL DO ACIDENTE ETC.)			
SE O FALECIMENTO FOI POR ACIDENTE HOUVE INQUÉRITO POLICIAL? AUTÓPSIA? EM QUE LOCALIDADE (MUNICÍPIO)?			
QUAL A DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE?		HÁ QUANTO TEMPO O PACIENTE SOFRIA DESTA DOENÇA?	
O PACIENTE TINHA CONHECIMENTO DA DOENÇA?	DESDE QUANDO?	O PACIENTE SEGUIA AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS?	
OS FAMILIARES TINHAM CONHECIMENTO DA DOENÇA? DESDE QUANDO? (INDICAR O GRAU DE PARENTESCO)			
O PACIENTE FOI SUBMETIDO A ALGUMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM VIRTUDE DO ACIDENTE OU DOENÇA QUE O VITIMOU? QUAL(IS)?			
HOUE(RAM) INTERNAÇÃO(ÕES)? EM QUE DATA(S)? EM QUE HOSPITAL(IS)?			

O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA

NOME DO MÉDICO:			Nº CRM:
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	