

Declaração de Causa Mortis pelo Médico Avaliador

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--------------------|----|------------|----|--------------|----------------------|--------------|----|----|
| 1 | Nome do falecido (por extenso)* | | | | | | 2 | Data do Falecimento* | | | |
| 3 | Sexo | 4 | Data de Nascimento | 5 | Cor | 6 | Estado Civil | 7 | Naturalidade | | |
| 8 | Nacionalidade | | | 9 | Profissão | | | 10 | CPF* | | |
| 11 | Doc. Identificação - Tipo | Nº Documento | | | Órgão Exp. | UF | Data Emissão | Validade | | | |
| 12 | Endereço | | | | | | 13 | Telefone* | | | |
| 14 | Bairro | | | 15 | Cidade | | 16 | CEP* | | 17 | UF |
| 18 | Local do Falecimento, se ocorrido em hospital, dê o nome* | | | | | | | | | | |
| 19 | Endereço | | | | | | 20 | Telefone | | | |
| 21 | Bairro | | | 22 | Cidade | | 23 | CEP* | | 24 | UF |

Causa da Morte
Parte I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

Causas Antecedentes

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

Parte II

Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, porém não relacionados com a doença ou estado patológico que a produziu.

Tratamento a que foi submetido o paciente e datas.

Declaração de Causa Mortis pelo Médico Avaliador

| | | | | | |
|--|--|-------|---------------------------|-------------------------------------|---|
| 27 | Fez Eletrocardiograma ou outros exames? Quais, em que data e quais os resultados? | | | | |
| 28 | Houve Cirurgia? Qual o tipo e em que data? | | | | |
| 29 | Duração da doença segundo conhecimento pessoal | | 30 | Duração segundo informações obtidas | |
| | anos | meses | dias | anos | meses |
| 31 | Quanto tempo esteve o falecido doente quando V.Sa. foi chamada para assisti-lo na sua última enfermidade? | | | | |
| 32 | Data da sua primeira visita durante a última enfermidade | 33 | Data da sua última visita | 34 | Contribuiu a ocupação do falecido para a sua morte? |
| 35 | Nome do médico que assistiu ao paciente anteriormente | | | | |
| 36 | Foi o falecimento ocasionado por suicídio, homicídio ou acidente ? Se acidente, dê a data, diagnóstico e descrição das lesões | | | | |
| 37 | Faça aqui as observações que julgar necessárias para melhor esclarecimento da doença | | | | |
| 38 | Afirmo que assisti ao falecido desde o dia ____/____/____ a ____/____/____ e que as respostas acima são completas e verdadeiras Localidade _____ Data _____ Nome do médico _____ Endereço do consultório (ou outros) _____ Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____ Telefone _____ Assinatura do Médico (CRM) _____ | | | | |
| Atenção: a assinatura do médico deve conter carimbo e CRM. É imprescindível o preenchimento dos campos com asterisco. | | | | | |