

Seguradora : Kapam Seguradora SA

CNPJ : 55.843.756/0001-94

Registro SUSEP: 02054

Nome do Participante:	Matrícula:
-----------------------	------------

- Esta declaração deverá ser assinada pelo médico que tiver tratado da enfermidade do paciente.
- O médico que preencher esta declaração facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos, informando detalhadamente sobre a evolução de cada moléstia, especialmente em referência à duração e resultados.
- Deve-se evitar todos os termos vagos como “Lesão do Coração”, “Debilidade Geral”, “Congestão” e outros semelhantes, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas.

Local do falecimento:	Data do falecimento:
-----------------------	----------------------

Causa Mortis	Primária: ()	Secundária: ()
--------------	------------------	--------------------

Data da primeira consulta referente às doenças relacionadas ao óbito

Diagnóstico Definitivo:	Data:
-------------------------	-------

Exames Realizados:

Tratamentos Realizados:

Locais que prestaram assistência médica ao paciente e data do atendimento local

Local:	Data:
--------	-------

Outros:

Cirurgias Realizadas:	Data:	Hospital:
-----------------------	-------	-----------

Outras:

Assinalar as doenças relacionadas ao óbito e data do diagnóstico

Hipertensão Arterial: () Data:	Diabetes: () Data:
Câncer: () Data:	Aids: () Data:
Cardiopatia: () Data:	Doença Respiratória: () Data:
Doença Renal: () Data:	Doença Infecciosa: () Data:

Outros médicos que assistiram ao paciente na ocasião do óbito ou anteriormente

CRM:	Data:	Telefone:
CRM:	Data:	Telefone:

Atesto para os devidos fins, que atendi ao paciente acima qualificado do dia do de - até o dia do de
e que as respostas acima são verdadeiras.

Local:

Data:

Nome do Médico:

CRM:

Cidade:

Estado:

Assinatura

Atenção: A firma do médico deve ser reconhecida por tabelião.