

ATESTADO MÉDICO DE ÓBITO

Relatório Médico sobre a doença que foi causa da Morte da Pessoa Segura		
Apólice / Certificado n.º:		
Nome do Médico:		
Nome do Falecido:		
Domicílio:		
Localidade:	Código Postal:	
Data Nascimento:	Profissão:	Estado Civil:
Desde quando era médico assistente da Pessoa Segura? _____ / _____ / _____		
Tem conhecimento de outros médicos que trataram a Pessoa Segura? __ Não __ Sim, indique nome e morada:		
História Clínica - indique o diagnóstico e a respectiva data de início da(s) doença(s) que conduziu (ram) à Morte:		
Sintoma (s) da(s) doença(s) que conduziu (ram) à Morte e respectiva(s) data(s) de início(s):		
Quando começou a tratar a Pessoa Segura da doença que a conduziu à Morte?:		
Indique outras patologias que poderão ter concorrido para a doença que vitimou a Pessoa Segura :		
Data do(s) respectivo(s) início(s):		
A Pessoa Segura teve conhecimento que era portadora da doença pela qual veio a falecer? Se Sim, desde quando?		

ATESTADO MÉDICO DE ÓBITO

Que pesquisas e exames especiais foram realizados com vista ao diagnóstico e durante o decurso da doença - indique data, entidade e resultado:

Internamentos em hospitais ou noutras instituições - indique nome, data e motivo:

Indique práticas sociais (Tipo de ocupação e modo de vida da Pessoa Segura) que poderão ter concorrido para a doença que vitimou a Pessoa Segura:

Que outras informações pode acrescentar para melhor esclarecimento do caso clínico?

Morada Profissional:

Localidade: | Código Postal: | Tel.Contacto: | NºCéd.Profissional:

O Médico,

Colar Vinheta

Data: ____ / ____ / ____

(Assinatura)