

RELATÓRIO MÉDICO - MORTE

Sr(a). Médico(a): Solicitamos a gentileza de descrever de forma detalhada o diagnóstico das doenças do paciente.

Em caso de falta de espaço no formulário, poderá ser utilizado o verso ou folha anexa, com a indicação do paciente, idade e da referência ao item respondido do Relatório Médico.

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome:

CPF:

INFORMAÇÃO SOBRE A MORTE

Data do falecimento: Causa da morte:

Desde quando acompanha o(a) paciente:

Informar a doença que provocou a morte:

Você acompanhou o tratamento do(a) paciente durante a doença que provocou o óbito?

Sim

Não

Se sim, desde quando?

Informar o tempo de evolução da(s) doença(s) desde o 1º (primeiro) diagnóstico até o óbito.

Foi submetido a alguma cirurgia? Sim - Se sim, qual?

Não

Em caso de internação hospitalar ou cirurgia, informar o nome do hospital, período e diagnóstico:

Hospital:

Período:

Diagnóstico:

Informar os exames realizados (iniciais e complementares), para a confirmação do diagnóstico (Biópsia, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, etc.), assim como as datas e os resultados do primeiro exame e demais subseqüentes (enviar cópia dos resultados dos exames desde o diagnóstico).

Houve alguma outra causa que pode ter contribuído direta ou indiretamente para o evento? (hábitos, ocupação, comorbidades)? Especifique:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Nome do médico(a):

CRM:

Endereço comercial (rua, nº, complemento):

Cidade/Estado:

Telefone (com DDD e ramal):

E-mail:

Local e data

Assinatura e carimbo do médico

As informações prestadas por V.Sa. serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica.

www.bbseguros.com.br