

Matrícula

Nome do participante

- A) Esta declaração deverá ser assinada pelo médico que tiver tratado da enfermidade do paciente.  
B) 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.  
C) 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

Data

Local

Data

Outros

Cirurgias realizadas

Data

Hospital

## DECLARAÇÃO MÉDICA DE MORTE NATURAL

Outras


Assinalar as doenças relacionadas ao óbito e data do diagnóstico

<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	Data	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	Data
<input type="checkbox"/> Diabetes	Data	<input type="checkbox"/> Doença respiratória	Data
<input type="checkbox"/> Câncer	Data	<input type="checkbox"/> Doença renal	Data
<input type="checkbox"/> Aids	Data	<input type="checkbox"/> Doença infecciosa	Data

Outras. Descreva


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

A)	CRM	Data
B)	CRM	Data

Telefone de contato

A) _____	B) _____
----------	----------

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

Local e data

_____ de _____ de _____	Assinatura
-------------------------	------------

Nome do médico

_____	CRM
-------	-----

Cidade

_____	Estado
-------	--------

Atenção: a firma do médico de ve ser reconhecida por tabelião.