

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										
<b>Parte I</b>										
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.										
<b>Causas Antecedentes</b>										
25	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.									
<b>Parte II</b>										
Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, porém não relacionados com a doença ou estado patológico que a produziu.										
26	Tratamento a que foi submetido o paciente e datas.									



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	dias
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 o 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)						
	<b>Atenção: A assinatura do Médico deverá ter a firma reconhecida.</b>						



**Informação do Empregador**

Nº da Apólice	Nº do Comprovante	Valor do Seguro R\$
---------------	-------------------	------------------------

Nome do Segurado \_\_\_\_\_

Nome do Beneficiário \_\_\_\_\_

Endereço do Beneficiário \_\_\_\_\_

Pelo presente, comunicamos a V.Sas. que o segurado acima, de \_\_\_\_\_ anos de idade, faleceu no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e que na data do seu falecimento era nosso empregado.

O falecido esteve empregado desde o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e compareceu ao trabalho pela última vez no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, percebendo, nesta ocasião, o ordenado mensal de R\$ \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_).

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Empregador