

Relatório do médico assistente

As informações seguintes deverão ser prestadas pelo médico que atendia o falecido e não pelo médico que o atendeu na ocasião do óbito, a menos que este também o tenha tratado.

Nome do Falecido	
1. O falecimento foi ocasionado por <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Moléstia	
2. Atendeu o falecido com relação à lesão ou moléstia que o vitimou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual a data da primeira consulta?	
3. Tomou conhecimento de algum atendimento médico anterior relacionado à lesão ou moléstia que o vitimou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3.1. Se sim, qual o nome, endereço e CRM do profissional?	
4. O óbito ocorreu no hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual a data de entrada no Hospital?	
5. Permaneceu hospitalizado sem interrupções até a sua morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. Data da sua última visita:	Data do Falecimento:
7. Causa imediata da morte e moléstia que a produziu:	
8. O falecido realizou exames para o diagnóstico da moléstia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em que data(s)?	
9. Quais exames realizados no item 8?	
10. Qual o diagnóstico?	CID:
11. De que moléstias sofreu o falecido que possuem nexos causal com o óbito?	
12. Desde quando o falecido esteve sofrendo das moléstias indicadas no item 11?	
13. Tratou o falecido, antes da sua última enfermidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quando? Qual motivo?	
14. O falecido ou os familiares estavam cientes das moléstias que o vitimizaram? Desde que data?	
15. Por quanto tempo esteve o falecido em casa, ou impossibilitado de exercer suas atividades profissionais devido a(s) moléstia(s) relatada(s)?	
Nome do Médico	CPF
CRM	Telefone
Endereço	E-mail

Local e Data

Assinatura do médico
assistente e carimbo com CRM
(não é necessário reconhecer assinatura em cartório)