

RELATÓRIO MÉDICO

(deverá ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Nome do Paciente		CPF
Especialidade médica		CRM
Data da 1ª (primeira) consulta		
Data do Acidente	Local do Acidente	
Causa da Morte	Causas relacionadas com a morte (secundária)	
Agente causador ☐ Meio de Transporte ☐ Armas ☐ Ferramentas ☐ Suicídio ☐ Outro – Especifique:		
A ocorrência foi registrada por autoridade policial? ☐ Sim ☐ Não – Se sim, informe o número do Boletim de Ocorrência:		
Foi realizado Exame Necroscópico? ☐ Sim ☐ Não – Se sim, informe o número do laudo ou da requisição:		
Foi realizada dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico? ☐ Não ☐ Sim – Se sim, informe o resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo		
Houve internação hospitalar? ☐ Sim ☐ Não	Se afirmativo, informar a data e o nome do hospital	
Quais exames realizados que permitiram o diagnóstico da causa da morte?		

Houve cirurgia? Qual(is) e em que data(s)?

Prezado(a) Doutor(a), a Sancor Seguros Brasil, concede este espaço para utilizá-lo com informações que considere importante e que não tenham sido perguntadas(s) neste formulário

Local e Data de emissão	Assinatura do Médico sob o carimbo com CRM/CPF	CRM/Estado
Endereço completo do médico		Telefone para Contato