

RELATÓRIO MÉDICO

(deverá ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Nome do Paciente*		CPF
Especialidade médica*		CRM
Data da 1ª (primeira) consulta*		Data da última consulta
Data do Óbito	Local do Falecimento	
Causa da Morte		Causas relacionadas com a morte (secundária)
Existe alguma doença que estava sendo tratada e que está relacionada à causa da morte? ☐ Sim ☐ Não		
Em caso, positivo, favor informar: Doença:		
Data de Diagnóstico		Data de Início do tratamento
Exames que ajudaram na definição do diagnóstico		Data do(s) Exame(s)
Há quanto tempo o segurado estava em tratamento da doença que o vitimou? ☐ Menos de 1 ano ☐ Aproximadamente 1 ano ☐ Mais de 1 ano ☐ Mais de 2 anos ☐ ____ anos		
A quem foi informado o diagnóstico da doença? ☐ Ao próprio paciente ☐ A familiar de 1º Grau ☐ Outro		
Se souber, informe o nome do familiar:		
O paciente foi tratado por outros médicos? ☐ Não ☐ Sim – Se sim, favor informar		
Outros médicos que trataram o segurado:		
Nome:		Endereço:
Nome:		Endereço:

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

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento. (Importante: A firma do médico deverá ser reconhecida obrigatoriamente)

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