

**Declaração de Causa Mortis pelo Médico Avaliador**

1	Nome do falecido (por extenso)				
2	CPF/MF	3	Data de Nascimento	4	Data do Falecimento
<b>Causa da Morte</b>					
<b>Parte I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte, com respectivo tempo de evolução.					
<b>Causas Antecedentes</b>					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica, com respectivo tempo de evolução.					
5					
<b>Parte II</b>					
Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, com respectivo tempo de evolução.					
Tratamento a que foi submetido o paciente e datas.					
6					
Descrição, data e resultado dos exames de investigação e confirmação diagnóstica.					
7					
Houve cirurgia ? Qual o tipo e em que data ?					
8					

### Declaração de Causa Mortis pelo Médico Avaliador

9	Duração da doença segundo conhecimento pessoal anos                  meses                  dias	10	Duração segundo informações obtidas anos                  meses                  dias		
11	Quanto tempo esteve o falecido doente quando V.Sa. foi chamada para assisti-lo na sua última enfermidade?				
12	Data da sua primeira visita durante a última enfermidade	13	Data da sua última visita	14	Contribuiu a ocupação do falecido para a sua morte?
15	Foi o falecimento ocasionado por suicídio, homicídio ou acidente ? Se acidente, informe a data, diagnóstico e descrição das lesões.				
16	Faça aqui as observações que julgar necessárias para melhor esclarecimento da doença				
Local				Data	
Nome do médico					
Endereço do consultório					
17	Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone
Assinatura do Médico (CRM)					
<b>Atenção: a assinatura do médico deve conter carimbo e CRM. É imprescindível o preenchimento dos campos.</b>					