

ATESTADO DE ÓBITO

O(A) Médico(a) abaixo assinado(a), inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina sob nº

CERTIFICA para os devidos fins que:

NOME DO(A) FALECIDO(A): _____

NACIONALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ (sem preencher datas neste modelo)

LOCAL DE NASCIMENTO: _____

FILIAÇÃO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

Que o(a) referido(a) paciente faleceu em local e circunstâncias clínicas atendidas por mim, conforme relato e diagnóstico a seguir:

LOCAL DO ÓBITO: _____

DATA DO ÓBITO: _____

RELATO CLÍNICO E HISTÓRICO BREVES:

CAUSA BÁSICA DO ÓBITO (CID-10): _____

DESCRIÇÃO DA CAUSA BÁSICA (doença, trauma ou condição que iniciou a cadeia de eventos):

CAUSAS IMEDIATAS E INTERMEDIÁRIAS (se houver):

OUTRAS CONDIÇÕES CONTRIBUINTES: _____

O(A) signatário(a) declara que o falecimento não envolveu circunstâncias suspeitas a requerer investigação judicial,

estando o presente documento emitido com base em exame clínico e/ou histórico médico disponível.

Este atestado é válido para fins legais e administrativos conforme legislação vigente no Brasil.

Local: _____

Assinatura do(a) Médico(a): _____

Nome: _____

CRM nº: _____

Fonte original deste documento:

<https://documentos-juris.com/atestado-de-obito/>

Este modelo foi útil para você?

Confira outros modelos atualizados em:

<https://documentos-juris.com>

[Mais modelos](#)

Este modelo é destinado exclusivamente para uso pessoal e não comercial.
Ao compartilhar ou publicar, a citação da fonte é obrigatória.

Este modelo tem caráter meramente orientativo e não constitui aconselhamento jurídico.
Recomenda-se consultar um profissional qualificado para casos específicos.