



RioSaúde

# DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE RETIRADA E SEPULTAMENTO DO CORPO PARA NÃO FAMILIARES

UNIDADE:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

PRONTUÁRIO/NÚMERO DO BAE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

( ) MASCULINO ( ) FEMININO

DATA DO ÓBITO:

HORA DO ÓBITO:

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO:

Eu, (nome) \_\_\_\_\_, portador (a)  
do CPF nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_, residente à (endereço, cidade, estado,  
CEP) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, estado civil  
\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que sou (amigo, vizinho, rede de apoio entre outros)  
\_\_\_\_\_ de (nome do cujus) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, falecido(a) em (data e horário do óbito) \_\_\_\_\_.

Comprometo-me a realizar a retirada do corpo e o sepultamento do(a) falecido(a) no prazo estabelecido, assumindo toda a responsabilidade por tal ato.

Declaro ainda que apresentarei os documentos necessários e que a responsabilidade pelo sepultamento e demais providências será de minha total responsabilidade.

Por ser verdade, firmo a presente declaração em duas vias de igual teor e forma.

## COLABORADOR RESPONSÁVEL PELA RETIRADA

DATA

ASSINATURA E CARIMBO:

## RESPONSÁVEL PELA RETIRADA

NOME DO RESPONSÁVEL PELA RETIRADA:

DATA:

CPF:

CONTATO: