

DECLARAÇÃO DE RETIRADA DE CORPO PARA FAMILIARES

UNIDADE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

DATA DO ÓBITO:

HORA DO ÓBITO:

NÚMERO DO BAE:

DESTINO:

DADOS DO COLABORADOR RESPONSÁVEL

NOME:

MATRÍCULA:

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA RETIRADA

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

RG/CPF:

DADOS DA FUNERÁRIA

NOME DA FUNERÁRIA:

NOME DO FUNCIONÁRIO:

DESTINO DO CORPO:

RESPONDENDO ADMINISTRATIVA, CIVIL E/OU CRIMINALMENTE PELAS OMISSÕES OU INVEROSSIMIDADES DAS MESMAS.

NOME COMPLETO:

MATRÍCULA:

CRM:

CONTATO:

DATA DA RETIRADA DO CORPO

HORÁRIO DA RETIRADA DO CORPO

ASSINATURA DO
COLABORADOR
RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO
RESPONSÁVEL
PELA RETIRADA: