

DECLARAÇÃO DE TRANSLADO DO CORPO

UNIDADE:

DATA:

IDENTIFICAÇÃO DO CORPO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE FALECIDO:

RG:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

() MASCULINO () FEMININO

INFORMAÇÕES DO ÓBITO

DATA DO ÓBITO:

HORA DO ÓBITO:

Declaramos, para os devidos fins, que na data informada, o corpo do (a) paciente acima foi translado para a câmara mortuária da unidade de saúde de destino, conforme dados registrados neste formulário.

Sem mais, firmamos a presente declaração para fins de registro e controle interno.

UNIDADE DESTINO

UNIDADE:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL PELO TRANSLADO

NOME:

CARGO:

MATRÍCULA:

RECEBIDO POR

NOME:

CARGO:

MATRÍCULA: