

GUIA DE REMOÇÃO DE CADÁVER PARA IML

INFORMAÇÃO MÉDICO HOSPITALARES PARA SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO DE CADÁVER,
VISANDO A REALIZAÇÃO DE NECRÓPSIA JUNTO AO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML)

UNIDADE:

NÚMERO DO BOLETIM DE ATENDIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

FILIAÇÃO – MÃE:

FILIAÇÃO – PAI:

NÚMERO RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

DATA DE EXPEDIÇÃO:

SEXO:

() Masculino () Feminino

COR:

() BRANCA () PARDA () PRETA

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

DADOS CLÍNICOS

MOTIVO DO ATENDIMENTO/INTERNAÇÃO:

() AFOGAMENTO () AGRESSÃO () ATROPELAMENTO () ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

() INTOXICAÇÃO POR _____ () ACIDENTE DE TRABALHO: _____

() ACIDENTE: _____ () AO DAR ENTRADA JÁ ERA ÓBITO

() OUTROS: _____

LOCAL DA OCORRÊNCIA

() VIA PÚBLICA () RESIDÊNCIA () TRABALHO () IGNORADO () OUTROS: _____

DATA E HORA DO ATENDIMENTO/INTERNAÇÃO:

DATA E HORÁRIO DO ÓBITO:

DESCRIÇÃO DAS LESÕES EXTERNAS APRESENTADAS PELA VÍTIMA (TIPO, LOCALIZAÇÃO E EXTENSÃO)

PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS:

() ENTUBAÇÃO TRAQUEAL () TRAQUEOSTOMIA () PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA () PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA
() DISSECÇÃO VENOSA () DRENAGEM DE CAVIDADES () CATETERISMO(S) () CIRURGIA(S): _____
_____ () OUTROS: _____

EM CASO DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA E EXAMES COMPLEMENTAR AO DIAGNÓSTICO, QUAIS AS LESÕES INTERNAS ENCONTRADAS:

RESUMO DO TRATAMENTO EFETUADO:

QUAL PROVÁVEL CAUSA DA MORTE:

NO CASO DE FERIMENTO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO, INFORMAR SE FOI RETIRAD, QUAL A SUA LOCALIZAÇÃO, QUANTIDADE E ANEXAR AO EXPEDIENTE DE
ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO:

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

NOME COMPLETO:

MATRÍCULA:

CRM:

CONTATO:

DATA:

ASSINATURA: