



FORMULÁRIO – GERÊNCIA HOSPITALAR

LIBERAÇÃO DE CORPO

Código: F.HABF.161

Versão: 00

Elaboração: 18/05/2023

Nome do paciente: _____ Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: M F

Data do Óbito: ____/____/____

Nº da Declaração de óbito: _____

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA PELA FAMÍLIA / RESPONSÁVEL

Eu _____

Portador do documento de identidade RG n.º: _____, CPF n.º: _____

Residente e domiciliado no endereço: _____ Município de _____

Estado: _____ Grau de parentesco: _____

Autorizo a retirada da declaração de óbito e do corpo acima mencionado do Hospital Antônio Bezerra de Faria empresa/instituição: Funerária: _____

Assinatura do Responsável / Familiar: _____

Vila Velha, _____, de _____ de _____.

PROTOCOLO DE RETIRADA

Instituição responsável pela retirada:

 SVO IML Funerária: _____, inscrita no CNPJ n.º: _____.

Declaro para os devidos fins, que estou retirando o corpo acima mencionado do Hospital Antônio Bezerra de Faria, com a devida autorização da família.

Vila Velha, _____, de _____ de _____.

Responsável pela retirada do corpo

Nome:

RG:

Placa do veículo:

Responsável pela liberação do corpo

Nome:

RG: