



FORMULÁRIO – ATENDIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ÓBITO

Código: F.HEC.509

Versão: 01

Revisão: 24/01/2023

Nome do paciente: _____

Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: M F

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

Data da Internação: ____/____/____ N.º da Declaração de Óbito: _____

Data do Óbito: ____/____/____

Médico Responsável: _____ CRM: _____

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 Estadual Central
empresa/instituição: Funerária: _____

Assinatura do Responsável / Familiar: _____

Vitória, _____, de _____ de _____.

(Apresentar cópia do documento do responsável)

PROTOCOLO DE RETIRADA

Instituição responsável pela retirada:

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

Declaro para os devidos fins, que estou retirando o corpo acima mencionado do Hospital Estadual Central, com a devida autorização da família.

Vitória, _____, de _____ de _____.

Representante da Instituição

Nome:

RG:

Placa:

Colaborador do Hospital

Nome:

RG:

