FUNDAÇÃO INOVA CAPIXABA	FORMULÁRIO – ATENDIMENTO		
	CONTROLE DE RETIRADA DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO		
	Código: F.HEC.983	Versão: 00	Elaboração: 27/09/2023

Nº DO	DATA DO ÓBTIO	NOME DO PACIENTE	RESPONSÁVEL RECEPÇÃO	RESPONSÁVEL / RETIRADA	SETOR

Rua São José, 76 – Centro
Vitória - ES, CEP 29010-430
Telefones: (27) 3636-4700

HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL
BENÍCIO TAVARES PEREIRA

SUS
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde