



FORMULÁRIO – Hospitalar

ENCAMINHAMENTO DE CORPOS AO IML/SVO

Código: F.HABF.046

Versão: 00

Elaboração: 26/07/2022

A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE HOSPITALAR

I – Dados da Unidade Hospitalar:

Hospital Antônio Bezerra de Faria - HABF

Setor: _____ Telefone para contato: _____

Data da solicitação: ____/____/____ Hora: ____:____

II – Dados sobre o Falecido:

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Data da Internação: ____/____/____ Hora: ____:____

Número de Prontuário: _____ Local do óbito: _____

Causa da Morte: _____

Médico responsável: _____ CRM: _____

III – Transporte do Corpo:

Saída do Hospital Antônio Bezerra de Faria – HABF Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Empresa Responsável pelo transporte: _____

Nome do Motorista: _____

Nº de Identificação (RG/CPF ou CNH): _____

Assinatura: _____

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE

IV – Histórico

Enviar em folha anexa, outras informações que julgar importantes.

V – Evolução:

VI – Procedimentos e/ou exames laboratoriais realizados:

VII – Hipótese diagnóstica:

Enviar em folha anexa, outras informações que julgar importantes.

Carimbo / Assinatura do Médico Solicitante: _____

CRM: _____ Data: ____ / ____ / ____