

**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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_