

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO NECROSCÓPICO

Nº \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ do falecido,  
(nome) (grau de parentesco)

Autorizo o exame necroscópico no Sr(a) \_\_\_\_\_  
(nome do(a) falecido(a))

a fim de apurar a causa da morte e demais alterações orgânicas.

**Assinatura**  
**do autorizador:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO FINAL AOS FAMILIARES DISPONÍVEL EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO PELO MÉDICO SOLICITANTE:**

Dr(a) \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER:**

Nome: \_\_\_\_\_ RH/ MV: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Procedência (Setor de origem): \_\_\_\_\_ Óbito as \_\_\_\_:\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**O ESTUDO NECROSCÓPICO DEVERÁ RESPONDER AS SEGUINTE QUESTÕES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ASSINATURA E CARIMBO DO NECROSCOPISTA RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**Observação:** Os parentes que têm legitimidade para tutelar os interesses do falecido são: Cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta ou colateral, até o quarto grau conforme § único do art. 12 do Código Civil Brasileiro.