

**Levantamento de cadáver**

Auto de saída



A Agência Funerária _____, tendo sido contratada pela família do cadáver abaixo identificado para a realização do respectivo serviço funerário, declara, uma vez efectuado o reconhecimento do cadáver, ter procedido ao seu levantamento na Casa Mortuária do Centro Hospitalar Universitário de São João na data abaixo mencionada.

Data

O(A) representante da Agência Funerária

____ / ____ / ____

Termo de Responsabilidade

Reconheci o cadáver de _____

O familiar (*nome e grau de parentesco*) ou representante da agência funerária (*nome*):

Cartão de Cidadão (ou Bilhete de Identidade) n.º _____

Válido até ____ / ____ / ____

Assinatura conforme o Cartão de Cidadão (ou Bilhete de Identidade)

_____ Data ____ / ____ / ____