

(Expedir o Laudo em Receituário Próprio)

LAUDO MÉDICO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

Declaro para os devidos fins de direito, que na data de _____ de _____ de _____, no(a) _____ procedi a amputação do(a) _____ pelo motivo de _____ do(a) paciente _____, portador(a) do RG N° _____.

Declaro ainda, estar ciente que o membro supracitado será encaminhado para cremação, conforme opção da família.

Campinas/São Paulo/Brasil, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) médico(a)
CREMESP N°
(Carimbo)

Assinatura do(a) médico(a)
CREMESP N°
(Carimbo)

TESTEMUNHA:

Nome:

RG:

CPF:

Endereço:

N°

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone residencial: ())

Celular: ())