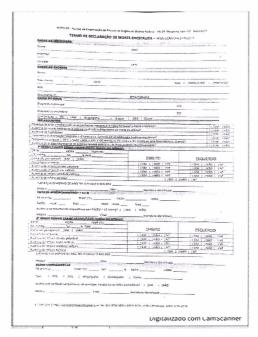
PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

FORMULÁRIO A SER PREENCHIDO:

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA - RESOLUÇÃO CFM №2173/2017

É o documento destinado ao preenchimento quando da realização dos procedimentos para determinação da morte encefálica. O formulário encontra-se disponível nessa plataforma – Imprimir frente e verso.



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O PREENCHIMENTO DO TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA:

- O Termo de Declaração de Morte Encefálica não admite rasuras;
- É obrigatório o preenchimento de todos os dados da Instituição:

Nome: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA CNES: 0010472

Endereço: ÁREA ESPECIAL Nº 01, SETOR CENTRAL, GAMA/DF CEP: 72405-901

Os dados do paciente devem ser preenchidos conforme o documento de identificação.