

Data ____/____/____



Checklist - Óbito em Residência

1. Nome completo do falecido:

2. Idade: _____

3. Doenças pré-existentes: _____

4. O SAMU foi acionado e compareceu ao
local? () Sim () Não

5. Era paciente acompanhado pelo
SAMD? () Sim () Não

6. Possui documentação de
identificação? () Sim () Não

7. Endereço completo do local do óbito:

8. Nome e contato do responsável/familiar presente:

Plantonista

