

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 SAMU?

() Sim () Não

6. Possui documentação de identificação?

() Sim () Não

7. Endereço completo do local do óbito:

8. Nome e contato do responsável/familiar presente:

9. Autoriza passar o contato para a funerária de plantão:

() Sim () Não

Plantonista

