



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



ATESTADO DE ÓBITO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA
SAMU 192

NÚMERO DA OCORRÊNCIA:

ENCAMINHAMOS O CORPO DO SR. (A):

IDADE: | SEXO: | RESIDENTE À:

AO:

_____, COM O SEGUINTE HISTÓRICO:

SUMÁRIO DO EXAME FÍSICO:

ÓBITO EM:

HORÁRIO:

DATA:

CONSTATADO POR DR. (A):

CRM:

SETEC FONE: 3234 - 4181

FO522 - ABR / 03 / SMS - VIA ÚNICA - FORMATO A5 (148 x 210) - CÓD. MATERIAL: 29596