



AVISO DE ÓBITO

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

FALECEU ÀS ____h ____ DO DIA ____ DE ____ DE 20__

ASS./CARIMBO DO MÉDICO (A) QUE CONSTATOU ÓBITO: _____

ATESTADO () NECROPSIA ACADÊMICA () SVO () IML ()

PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO

DATA: __/__/____ ASS./CARIMBO DO ENFERMEIRO (A): _____

ENTREGUE POR: _____ DATA/HORA: __/__/____ ____:____h

PREENCHIMENTO PELO SETOR DE REGISTRO GERAL

RECEBIDO POR: _____ DATA/HORA: __/__/____ ____:____h

INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS
Av: Dr Arnaldo, 165 – São Paulo – SP
CEP 01246-900
Educ.continuada@emilioribas.sp.gov.br

FDDE 022– V3/Julho/2025