

## ANEXO I

### REQUERIMENTO DE CADASTRO PARA OBTENÇÃO DE DECLARAÇÃO ÓBITO

---

Nome completo sem abreviações

End. residência \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CREMESP: \_\_\_\_\_

venho solicitar o cadastramento junto a este órgão na condição de:

- ( ) Médico  
( ) Responsável técnico por Unidade Notificadora

Razão Social: \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

para obtenção de formulários oficiais de **Declaração de Óbito** para uso segundo normas éticas e legais previstas na legislação brasileira.

Nestes termos Pede Deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura