

ANEXO I

REQUERIMENTO DE CADASTRO PARA OBTENÇÃO DE DECLARAÇÃO ÓBITO

Nome completo (não usar abreviações):

Endereço Residencial: _____

Número: _____ CEP: _____ - _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone Residencial: _____ Comercial: _____

Celular: _____

Email: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____

CPF: _____ CRM: _____

Local de Atuação:

() Atuo exclusivamente neste Município

() Atuo neste Município e nos Municípios do Estado de São Paulo abaixo relacionados:

Venho solicitar o cadastramento junto a este órgão na condição de: **Médico** para obtenção de formulários oficiais de Declaração de Óbito para uso segundo normas éticas e legais previstas na legislação brasileira.

Nestes termos,

Peço Deferimento,

São Paulo, _____, _____, 20__

Assinatura