

ANEXO III

REQUERIMENTO DE CADASTRO PARA OBTENÇÃO DE DECLARAÇÃO ÓBITO

Nome completo do Responsável Técnico (não usar abreviações):

Endereço Residencial: _____

CEP: _____ - Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone Res.: _____ Com.: _____ Celular: _____

Email: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____

CPF: _____ CRM: _____

Razão Social da Unidade Notificadora: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ - Cidade: _____

Email do SAME da instituição: _____

Email do Responsável Técnico: _____

Email da Comissão de Óbito : _____

Telefones de contato: _____

CNPJ: _____

CNES: _____

() – Clínicas , Ambulatórios e Unidades de Atendimento

() – Casa de Repouso e Asilos

Número de Idosos :

() – Home – Care

() atende exclusivamente no Município.

Número de pacientes cadastrados : _____

() atende pacientes residentes em outros municípios.

Número de pacientes cadastrados residentes em outros municípios: _____

Quais são os municípios atendidos:

() – Hospitais e P.S.

Venho solicitar o cadastramento junto a este órgão na condição de: **RESPONSÁVEL TÉCNICO** para Unidade Notificadora 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