

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO – USO OBRIGATÓRIO

PARA PESSOA FÍSICA

DATA DA SOLICITAÇÃO: ___/___/_____

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ ESPECIALIDADE: _____

QUANTIDADE DE DO SOLICIDADAS: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO AUTORIZADO A RECOLHER

NOME: _____

Nº DO DOC. DE IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXP.: _____

(ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO)

USO EXCLUSIVO DO CREMERJ

NUMERAÇÃO: _____

FUNCIONÁRIO: _____

(ASSINATURA E CARIMBO)

DATA: ___/___/_____

ORIENTAÇÕES:

1. ATENDIMENTO: PRAIA DE BOTAFOGO, 228 / 119 B – BOTAFOGO
HORÁRIO: 09H ÀS 18H DE 2ª A 6ª FEIRA
2. PARA RECEBER A DECLARAÇÃO DE ÓBITO É NECESSÁRIO:
 - A) LIVRO PARA REGISTRO DOS ÓBITOS (“TIPO ATA”, COM PÁGINAS NUMERADAS);
 - B) CARIMBO COM O NOME DO MÉDICO E NÚMERO DO CRM;
 - C) CARTEIRA DO CRM – ORIGINAL;
 - D) O PRESENTE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, DEVIDAMENTE PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO, SEM RASURAS.
3. TRAZER 3ª VIA DA DO (VIA ROSA)
4. TRAZER DO RASURADAS

OBS.: SERÁ NECESSÁRIO A PRESENÇA DO (A) MÉDICO (A) NO ATO DA ABERTURA DO LIVRO ATA, OCASIÃO EM QUE SERÁ RETIRADA OS 3 (TRÊS) PRIMEIROS FORMULÁRIOS DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO.