



Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento
Divisão de Vigilância em Saúde

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO – USO OBRIGATÓRIO

PARA ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (PESSOA JURÍDICA)

DATA DA SOLICITAÇÃO: ___/___/_____

NOME DO ESTABELECIMENTO: _____

Nº DO CNES DO ESTABELECIMENTO: _____ TEL.: _____ CEL.: _____

ENDEREÇO ELETRÔNICO: _____

<p><u>CARIMBO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</u></p>
--

<p>SOLICITA – SE:</p> <p>DECLARAÇÃO DE ÓBITO <input type="checkbox"/></p> <p>DECLARAÇÃO PARA SEPULTAMENTO PARCIAL <input type="checkbox"/></p>

QUANTIDADE DE DO SOLICITADAS: _____ QUANTIDADE DE DO RASURADAS: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO AUTORIZADO A RECEBER:

NOME: _____

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO – RT:

<p><u>NÃO CARIMBAR OU ESCREVER NESTA ÁREA</u></p>	<p>PARA CADASTRO:</p> <p>TRAZER ORIGINAL E XEROX: Nº DO CNES; CARTÃO DO CGC OU CNPJ; CONTRATO SOCIAL; ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO; OFÍCIO DE NOMEAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO - RT, ASSINADO PELO DIRETOR DO ESTABELECIMENTO (QUE DEVERÁ SER ATUALIZADO SEMPRE QUE HOUVER SUBSTITUIÇÃO DO RT); ALÉM DO CARIMBO DO ESTABELECIMENTO (COM NOME, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO); LIVRO PARA REGISTRO DOS ÓBITOS (TIPO "ATA", COM PÁGINAS NUMERADAS). É OBIRGATÓRO A PRESENÇA DO RT NO ATO DE CADASTRAMENTO.</p>
--	--

ORIENTAÇÕES:

1. PARA RETIRADA DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO – DO, ALÉM DESTES FORMULÁRIOS, O PORTADOR DEVE COMPARECER A DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DVS, PORTANDO O DOCUMENTO DE IDENTIDADE (COM FOTO), O LIVRO DE REGISTRO E O CARIMBO DA UNIDADE
2. TRAZER AS DO RASURADAS
3. TRAZER AS VIAS ROSA DAS DO EMITIDAS