MODELO DE PROCURAÇÃO

EU, nome e qualificação do **responsável técnico**, n° de identidade Profissional, RG e CPF, endereço , **NOMEIO E CONSTITUO** meu bastante procurador (a) o Sr (a) nome e qualificação do procurador , RG e CPF, endereço, para fins específicos de retirada de formulários de Declaração de Óbito, junto a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba.

Local, data

Assinatura e carimbo (ou nome e cargo) do Responsável Técnico ou **Notificador**

A procuração tem validade de 30 dias, e deve ser assinada pelo Médico, ou pelo Responsável Técnico cadastrado na Vigilância.
Colocar o nome de todas as pessoas que poderão fazer a retirada das declarações, carimbar e assinar.

Em caso de duvidas:

simsinasc@sorocaba.sp.gov.br
simsinasc.sorocaba@gmail.com
32297308 ramal 7308