



CÂMARA MUNICIPAL DE VINHAIS
Tel. 273770300 Fax 273771108
E-mail: geral@cm-vinhais.pt
NIF: 501156003

ENTRADA	
ENTRADA N.º	<input type="text"/>
DATA	<input type="text"/>
REQUERIMENTO	<input type="text"/>
PROCESSO	<input type="text"/>
O FUNCIONÁRIO	<input type="text"/>

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Unidade Orgânica Administrativa e Financeira

REQUERIMENTO PARA TRANSLADAÇÃO DE CADÁVER OU OSSADAS

Exmo. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vinhais

NOME	<input type="text"/>					
MORADA	<input type="text"/>					
CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>	FREGUESIA	<input type="text"/>			
CONCELHO	<input type="text"/>	TELEFONE	<input type="text"/>	TELEM.	<input type="text"/>	
FAX	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>		C.A.E.	<input type="text"/>
B.I. / N.º ID CIVIL	<input type="text"/>	DATA VALIDADE	<input type="text"/>	N.º DE CONTRIBUINTE	<input type="text"/>	

Objecto de Requerimento:

Vem na qualidade de (2) _____ e nos termos dos artigos 3.º e 4.º do Decreto Lei n.º 411/98, de 30 de Dezembro, requerer à (3) - Câmara Municipal, a transladação de: - cadáver inumado em jazigo; - ossadas; de :

Nome _____, residente que foi à data da morte _____
que se encontra sepultado no Cemitério de _____, e se destina ao
Cemitério de _____, a fim de ser:

- inumado em jazigo; - colocação em ossário; - cremado.

O REQUERENTE,

Vinhais / / _____