



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretária Municipal de Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde
Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador

São Paulo, _____ de _____ de 20__

Á

SMS/COVISA/Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Sr.(a) Diretor(a),

EU _____

portador do RG nº _____ e CPF nº _____

residente à _____

CEP _____ - _____, abaixo-assinado, solicito autorização para realização de procedimentos de translado dos restos mortais de _____.

A autorização será anexada ao Processo nº _____.

Serviço Funerário do Município de São Paulo, aberto em ____/____/____.

Assinatura do Requerente

Informações de Contato:

Telefone fixo:

Telefone celular:

Telefone para recado:

Observações: Solicitante: responsável legalmente autorizado a realizar relacionadas aos restos mortais em questão ou representante legal.