



Município de Cadaval
Câmara Municipal
Divisão de Administração Geral

MGD nº _____

Data ___/___/___

O Funcionário _____

Inumação no Cemitério Municipal

Requerimento

A preencher pelo requerente

Exmº Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Cadaval

DADOS DO REQUERENTE

Nome completo: _____,
contribuinte fiscal nº _____, residente na _____,
nº _____, _____ andar, na localidade de _____, código postal _____ - _____,
Freguesia de _____, Município _____, telefone _____.

VEM REQUERER A V. Exa.

na qualidade de _____ e nos termos do disposto nos artigos 3º e 4º do Decreto-Lei nº 411/98,
de 30 de Dezembro, a inumação de cadáver em _____, no Cemitério Municipal de
Cadaval.

Dados do Falecido:

- Nome _____;
- Estado civil _____;
- Data de nascimento _____;
- Residência _____.

FUNERÁRIA RESPONSÁVEL

Designação: _____,
contribuinte fiscal nº _____, com sede na _____,
nº _____, _____ andar, na localidade de _____, código postal _____ - _____,
Freguesia de _____, Município _____.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS E DOCUMENTOS ANEXOS

- Dia do Funeral – Dia útil - Sábado - Domingo - Feriado
- Hora do Funeral - _____ Horas
- Requer utilização de potenciador de decomposição – Sim – Não
- Outras informações _____.

Anexo o Assento de Óbito nº _____ do ano de _____, emitido por _____.

DATA E ASSINATURA

Cadaval, _____ de _____ de _____.

O requerente

A preencher pelos serviços

Conferi a assinatura pelo B.I./C.C. n.º _____, válido até ___/___/___, o Funcionário _____

Formulário disponível em : www.cm-cadaval.pt

Mod. – BUA – DAG – 01.0_A1