



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS BÁSICOS - SEMUSB
DIVISÃO CENTRAL DE ÓBITOS DO MUNICÍPIO – D.C.O

INFORMAÇÕES PRESTADA PELO REQUERENTE NO ATO DA LIBERAÇÃO DA GALSC

FUNERÁRIA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: _____

TIPO DE ATENDIMENTO: _____

FUNERÁRIA DO INTERIOR RESPONSÁVEL: _____

TIPO DE ATENDIMENTO/INTERIOR: _____

GRAU DE PARENTESCO COM O FALECIDO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: () _____

ENDERENÇO DO REQUERENTE: _____

LOCAL DO VELÓRIO: _____

CEMITÉRIO DE SEPULTAMENTO: _____

DATA DE SEPULTAMENTO: _____ **HORÁRIO PREVISTO:** _____

Qual opção descreve a escolha da funerária:

☐ Fui indicado por um conhecido

☐ Pesquisei por conta própria

☐ Fui abordado no hospital

☐ Plano Funerário

☐ Plantão

☐ CREAS

☐ Outros (especificar): _____

Declaro, sob as penas da lei, que as informações por mim prestadas (requerente) correspondem à verdade.

ASSINATURA DO REQUERENTE