**AUTORIZAÇÃO DE TRANSLADO DE RESTOS MORTAIS HUMANOS**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, AUTORIZO a FUNERÁRIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_/0001-\_\_\_, a realizar o translado dos restos mortais de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, óbito ocorrido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registro nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para o LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA da UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – UNIJUÍ, com endereço na Rua do Comércio, nº 3000, Bairro Universitário, na cidade de Ijuí/RS, Instituição de Educação Superior mantida na FUNDAÇÃO DE INTEGRAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – FIDENE (CNPJ/MF nº 90.738.014/0001-08).

Em \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexar os seguintes documentos à Autorização:

* - Cópia da Certidão de Óbito dos restos mortais a ser transladado;
* - Cópia da Identidade de quem autorizou.