SÃO JOÃO

# Pedido de velório na Casa Mortuária

Exmo(a). Sr(a).
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Universitário de São João

A Agência Funerária _____, com o N.I.F. _____, encarregada de realizar o funeral de _____ _____, falecido(a) em ____ /____ /_____, no Centro Hospitalar Universitário de São João, solicita a V. Ex.ª autorização para que o seu cadáver seja velado de ____ /____ /_____ a ____ /____ /_____ na Capela Mortuária deste Centro Hospitalar.

Pede deferimento.

Porto e Centro Hospitalar Universitário de São João, ____ /____ /_____

O(A) representante da Agência Funerária

_____



CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO, E.P.E. (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4200-319 Porto T+351 225 512 199 F+351 225 025 766 E geral@chsj.min-saude.pt W www.chsj.min-saude.pt

HUM-IM058-3