

Alteração de responsabilidade de ossário ou cendário

[> Mais informações](#)



Porto.

Exmo. Senhor Presidente
da Câmara Municipal do Porto

A. Requerente					
Nome	[]				
N.º de Identificação Fiscal	[]	Código da Certidão Comercial Permanente [Entidade coletiva]	[]		
N.º de Identificação Civil [C.C., B.I., Passaporte]	[]			Validade	[]
Morada	[]				
Freguesia	[]				
Localidade	[]			Código Postal	[]
Telefone/Telemóvel	[]		E-mail	[]	
Na qualidade de:	<input type="checkbox"/> Proprietário	<input type="checkbox"/> Usufrutuário	<input type="checkbox"/> Locatário	<input type="checkbox"/> Superficiário	<input type="checkbox"/> Outro []
Por ser mais seguro, rápido e amigável do ambiente, a Câmara Municipal do Porto envia as notificações para o e-mail indicado, no decorrer deste processo [Parte A do Código Regulamentar do Município do Porto]. <input type="checkbox"/> Não autorizo o envio de notificações para o e-mail indicado.					

B. Representante					
Nome	[]				
N.º de Identificação Fiscal	[]				
N.º de Identificação Civil [C.C., B.I., Passaporte]	[]			Validade	[]
Telefone/Telemóvel	[]		E-mail	[]	
Na qualidade de:	<input type="checkbox"/> Mandatário	<input type="checkbox"/> Sócio-gerente	<input type="checkbox"/> Administrador	<input type="checkbox"/> Outro	[]

C. Pedido	
Venho requerer a alteração de responsabilidade de ossário ou cendário, conforme indicado abaixo:	

Local	<input type="checkbox"/> Cemitério de Agramonte	<input type="checkbox"/> Cemitério do Prado Repouso
Motivo	<input type="checkbox"/> Falecimento do anterior responsável	<input type="checkbox"/> Concordância entre o anterior e o futuro responsável [obrigatório consentimento do anterior responsável]
Nome completo do falecido	[]	
Data do falecimento	[]	
Número do ossário ou cendário	[]	



D. Documentos instrutórios

O seu pedido deve ser instruído com os elementos abaixo indicados.

1. **Declaração** de consentimento.

2. Em caso de falecimento do responsável:

2.1 **Certidão** de óbito.

3. Em caso de incapacidade do responsável:

3.1 **Declaração** médica comprovativa da incapacidade ou procuração, consoante o caso.

4. **Outros** elementos que o requerente pretenda apresentar:

4.1 _____

4.2 _____

E. Observações

Os [formulários](#) e o [Código Regulamentar do Município do Porto](#) podem ser consultados em <https://portaldomunicipe.cm-porto.pt>
Para qualquer esclarecimento adicional, contacte-nos de 2.ª a 6.ª feira, das 9h00 às 19h00, através da Linha Porto. 220 100 220 (chamada para a rede fixa nacional).

F. Tratamento de dados pessoais

1. Não junte nenhum dado ou documento pessoal que não lhe pedimos!

Colabore connosco na proteção da sua privacidade!

Não junte o seu cartão de cidadão, atestados ou relatórios médicos ou qualquer outro documento de caráter pessoal, a menos que o Município o solicite expressamente.

Se juntar estes documentos, o Município pode ter que permitir o seu acesso a terceiros, por força da Lei de Acesso aos Documentos Administrativos.

2. O Município do Porto utiliza os seus dados pessoais para dar resposta aos seus pedidos, proceder à instrução dos seus processos, prestar informações sobre assuntos da cidade, para fins estatísticos e na realização de estudos de suporte à definição de políticas públicas municipais.

3. Para saber como o Município trata os dados a que tem acesso ou esclarecer dúvidas com a Encarregada de Proteção de Dados, consulte a nossa Política de Privacidade em <https://www.cm-porto.pt/legal/politica-de-privacidade>.

4. De acordo com o entendimento da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos os documentos apresentados no âmbito do presente processo são documentos administrativos, pelo que o Município poderá estar obrigado a garantir o seu acesso a terceiros.

Tomei conhecimento

G. Peço deferimento

Assinatura

Data

A preencher pela CMP. Notas:

Procedi à verificação. [Técnico de Atendimento]

Data