



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAISÓPOLIS

Praça do Centenário, 103 - Centro - Paraisópolis-MG - 37.660-000  
Telefone: (35) 3651-1500 - e-mail: pmparaisopolis@gmail.com

## DECRETO Nº 3.919, DE 14 DE SETEMBRO DE 2021.

*Trata da inclusão de anexos ao Decreto nº 3.295, de 11 de janeiro de 2019, e dá outras providências.*

O Prefeito Municipal de Paraisópolis, Estado de Minas Gerais, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 65, inciso VI, da Lei Orgânica Municipal, e

*Considerando* a Resolução 4.798 da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, de 29 de maio de 2015 (publicada no DO-MG DE 30-5-2015), que *regulamenta as condições mínimas para instalação, funcionamento e licenciamento de estabelecimentos prestadores de serviços funerários e congêneres, públicos ou privados, no Estado de Minas Gerais;*

*Considerando* a Nota Técnica nº 14/SES/SUBVS-SVS-DVSS/2021, de 02 de setembro de 2021, **DECRETA:**

**Art. 1º** Passam a integrar o teor do Decreto nº 3.295, de 11 de janeiro de 2019, que dispõe sobre a regulamentação das exumações de corpos inumados no Cemitério Jardim e no Cemitério Municipal, os anexos I e II do presente decreto.

**Art. 2º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Paço Municipal Presidente Tancredo Neves, em Paraisópolis,  
aos 14 de setembro de 2021.

**ÉVERTON DE ASSIS FERREIRA**  
Prefeito Municipal

Certifico que o Decreto nº 3.919, de 14/09/2021, foi publicado na data de 14/09/2021 no Mural do Paço Municipal Presidente Tancredo Neves, nos termos da Lei nº 2.433/2015.

Elaine Silveira Lima  
Diretora-Adjunta de Planej. e Gestão



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAISÓPOLIS

Praça do Centenário, 103 - Centro - Paraisópolis-MG - 37.660-000  
Telefone: (35) 3651-1500 - e-mail: pmparaisopolis@gmail.com

## DECRETO Nº 3.919, DE 14 DE SETEMBRO DE 2021

### ANEXO I - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DE TRASLADO INTERMUNICIPAL/INTERESTADUAL DE RESTOS MORTAIS HUMANOS

#### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DE TRASLADO INTERMUNICIPAL/INTERESTADUAL DE RESTOS MORTAIS HUMANOS

Pelo presente instrumento, \_\_\_\_\_  
(identificação do interessado pelo traslado) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
(RG, CPF, endereço do interessado, nº. de telefone do interessado pelo traslado) por meio da Funerária \_\_\_\_\_, (identificação, CNPJ, endereço completo) declaro perante essa Autoridade Sanitária estar ciente das normas, procedimentos e exigências referentes ao traslado deste município para \_\_\_\_\_ (identificação do município e estado) do volume embarcado, constituído de urna ossuária que contém os Restos Mortais Humanos, de \_\_\_\_\_ (nome da pessoa falecida) \_\_\_\_\_, (RG/CPF), expedido por \_\_\_\_\_ (órgão expedidor), cujo falecimento ocorreu em \_\_\_\_\_ (identificação do dia, mês, ano e local do falecimento), conforme atestado ou certidão de óbito anexo. Declaro estar ciente da necessidade de cumprir e observar a legislação e regulamentação pertinente, bem como das sanções as quais estarei sujeito, nos termos da legislação penal, cível e administrativa, em especial da Lei n.º 13.317, de 24 de setembro de 1999.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Identificação do local - Município/UF com dia, mês e ano da declaração),

\_\_\_\_\_  
(IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE)



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAISÓPOLIS

Praça do Centenário, 103 - Centro - Paraisópolis-MG - 37.660-000

Telefone: (35) 3651-1500 - e-mail: pmparaisopolis@gmail.com

## DECRETO Nº 3.919, DE 14 DE SETEMBRO DE 2021

### ANEXO II - GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXUMAÇÃO E DE ENCAMINHAMENTO PARA TRASLADO DE RESTOS MORTAIS

#### GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE EXUMAÇÃO E DE ENCAMINHAMENTO PARA TRASLADO DE RESTOS MORTAIS

A Vigilância Sanitária em uso das suas atribuições previstas na Lei Estadual 13.317, de 24 de setembro de 1999 e na Resolução SES-MG nº 4798, de 29 de maio de 2015, implanta esta Guia de Autorização de Exumação e de Encaminhamento para Traslado de Restos Mortais no território mineiro.

Deverá ser emitida em duas vias para serem entregues ao cemitério e ao serviço funerário.

<b>IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE</b>		
Nome:		
CPF:	Telefone de contato:	
Endereço:		
Grau de parentesco com o falecido:		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO</b>		
Nome:		
Sexo:	Data de Nascimento:	Data do óbito:
<b>ORIGEM</b>		
Cemitério:	Município:	
<b>DESTINO</b>		
Especificar o destino:	Município:	
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO/TRASLADO</b>		
Justificativa do encaminhamento:		
Observações:		
<b>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA GUIA</b>		
Autoridade sanitária:		
MASP/Matrícula:		
Local:		
Data de Encaminhamento:		

Assinatura do responsável pelo preenchimento