



Viceministerio de Redes de Salud Colectiva
Dirección General de Epidemiología
Dirección de Información y Estadísticas en Salud
Dirección Regional de Salud del Estado _____

ANEXO N° 4

PERMISO DE TRASLADO DEL CADÁVER
(Complemento Gratuito)

Fecha: ____/____/____,

N° _____

Ciudadano: _____
Funeraria _____
Presente.-

- Tipo de Traslado**
- Cadáver al Exterior
 - Cadáver al Interior
 - Cenizas

En atención a su solicitud realizada por familiares del ciudadano _____, de fecha ____/____/____, y habiéndose verificado la no existencia de un evento de notificación obligatoria y verificado el cumplimiento de los requisitos de Ley, se permite trasladar desde Estado _____, Municipio _____, Parroquia _____, hasta el Estado _____, Municipio _____, Parroquia _____, Cementerio _____, País _____.

El cadáver de _____ de _____ años de edad, sexo _____, quien según Certificado de Defunción Serial N° _____ Distrito o Municipio Sanitario N° _____, consta que falleció el día ____/____/____.-

Queda usted obligado a cumplir con las disposiciones contenidas tanto en el Reglamento de Cementerios, Inhumaciones y Exhumaciones como en el Reglamento Sanitario Internacional.

Atentamente,

Por el Distrito o Municipio Sanitario

Por el Registro Civil

Dr. (a): _____
Por Delegación del Director de Salud del
Estado: _____

Registrador Civil _____
Ofic./Unidad _____
Parroquia _____
Municipio _____
Estado _____
Registrado bajo el Acta de
Defunción N°: _____
Folio _____

Sello del Distrito o Municipio Sanitario

Sello del Registro Civil

Empresa Funeraria

Conductor C.I.N°: _____ Placa: _____

Observaciones: _____