

AUTORIZAÇÃO PARA CREMAÇÃO DE RESTOS MORTAIS “OSSOS”
DE PESSOA “VÍTIMA DE MORTE VIOLENTA”

A
U
T
O
R
I
Z
A
D
O
R

Nome: _____ N° _____
 RG: _____ CPF: _____
 Endereço: Rua/Avenida: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____ Telefone residencial: () _____ Celular: () _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Grau de Parentesco: _____ e-mail: _____

F
A
L
E
C
I
D
O

Nome: _____
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: _____
 Idade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
 Cidade do Falecimento: _____ Data do Falecimento: _____ / _____ / _____
 Nome do Cemitério: _____ Data do Sepultamento: _____ / _____ / _____
 Quadra: _____ Número da Sepultura: _____ Data da Exumação: _____ / _____ / _____

A
U
T
O
R
I
Z
A
Ç
Ã
O

Eu, supracitado(a), na qualidade de _____ AUTORIZO O PORTAL CREMATÓRIO ITATIBA
 situado na Rod. Engenheiro Constâncio Cintra, S/N Km 81 Gleba 3A Bairro Pomar São Jorge na cidade de Itatiba Estado de
 São Paulo, Brasil, devidamente licenciado pela CETESB, a realizar a cremação dos restos mortais “ossos” do(a) falecido(a)
 acima qualificado(a), conforme Certidão de Óbito e Autorização para Transporte de Ossos expedida pela Vigilância
 Sanitária Municipal, documento do Cemitério onde o(a) falecido(a) encontrava-se sepultado e AUTORIZAÇÃO JUDICIAL
 anexos.
 Declaro estar ciente de que o ato de cremação sofre restrições legais e de autoridades judiciais, em conformidade com os
 dispostos no Artigo 77, § 2º da Lei Nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973.
 Diante do acima exposto, **AUTORIZO A CREMAÇÃO DOS RESTOS MORTAIS “OSSOS”**, cumprindo com a legislação
 pertinente, assumindo todas as responsabilidades civis e criminais deste ato, assim como das declarações aqui prestadas, quer
 no presente, quer no futuro, perante aos demais familiares presentes e ausentes de que nada têm a opor com relação à
 autorização aqui por mim assinada na presença das testemunhas infra-assinada e devidamente ratificada pela Autoridade
 Judiciária.

Itatiba/São Paulo/Brasil, de _____ de _____

 Autorizador
 (reconhecer a firma da assinatura por autenticidade em Cartório)

T
E
S
T
E
M
U
N
H
A
S

Nome: _____	Nome: _____
RG: _____ CPF: _____	RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ N° _____	Endereço: _____ N° _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____	Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Fone Residencial () _____ Celular () _____	Fone Residencial () _____ Celular () _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____