Portal
Crematório Itatiba
(11) 4534-4700

AUTORIZAÇÃO PARA CREMAÇÃO DE "MEMBRO AMPUTADO"

AUTORIZADOR

Nome:

RG: CPF:

Endereço: Nº

Complemento: Bairro:

Cidade: UF:

CEP: Telefone residencial: ( ) Celular: ( )

Estado Civil: Profissão:

Grau de Parentesco: e-mail:

PESSOA AMPUTADA

Nome:

RG: CPF:

Endereço: Nº

Complemento: Bairro:

Cidade: UF: CEP:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Estado Civil: Profissão:

Idade: Data de Nascimento: / /

Local da Cirurgia: Data da Cirurgia: / /

Membro Amputado:

AUTORIZAÇÃO

Eu, supracitado(a), na qualidade de AUTORIZO, O PORTAL CREMATÓRIO ITATIBA situado a Rod. Engenheiro Constâncio Cintra, S/N Km 81 Gleba 3 Bairro Pormar São Jorge Itatiba Estado de São Paulo devidamente licenciado pela CETESB, a realizar a cremação.

do(a) o(a) qual foi amputado do(a) Sr(a) ,

conforme laudo médico de amputação expedido pelo(a) Médico(a) Responsável Dr.(a)

CRM e Dr.(a) CRM 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**, 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-assinadas.

Itatiba/São Paulo/Brasil, de de

_____

Autorizador

(reconhecer a firma da assinatura por autenticidade em Cartório)

Nome:

RG: CPF:

Endereço: Nº

Bairro: Cidade: UF:

Fone Residencial:( ) Celular: ( )

Assinatura:

Nome:

RG: CPF:

Endereço: Nº

Bairro: Cidade: UF:

Fone Residencial:( ) Celular: ( )

Assinatura: