

AUTORIZAÇÃO PARA CREMAÇÃO “VÍTIMA DE MORTE NATURAL”

AUTORIZADOR

Nome: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 CEP: _____ Telefone residencial: () _____ Celular: () _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Grau de Parentesco: _____ e-mail: _____

FALLECIDO

Nome: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Idade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
 Local de falecimento: _____
 Data do falecimento: _____ / _____ / _____ Horário do Falecimento: _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, supracitado(a), na qualidade de _____, AUTORIZO, O PORTAL CREMATÓRIO ITATIBA situado na Rod. Engenheiro Constancio Cintra S/N KM 81 Norte Gleba 3A Bairro Pomar São Jorge na cidade de Itatiba, Estado de São Paulo, Brasil, devidamente licenciado pela CETESB, a realizar a cremação do(a) falecido(a) acima qualificado(a), cumprindo a sua vontade, que declinava à todos que sua opção última era que seu corpo fosse cremado e não inumado, cujo a Declaração de Óbito Nº _____ foi firmada pelos(as) médicos(as) 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 e atendendo o desejo do(a) falecido(a), **AUTORIZO A CREMAÇÃO DE SEU CORPO**, 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-assinadas, visto ser o fiel cumprimento da vontade manifestada em vida pelo(a) falecido(a).

Itatiba/São Paulo/Brasil, _____ de _____ de _____

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

TESTEMUNHAS

Nome: _____	Nome: _____
RG: _____ CPF: _____	RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Nº _____	Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____	Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Fone Residencial () _____ Celular () _____	Fone Residencial () _____ Celular () _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____