**AUTORIZAÇÃO DE CREMAÇÃO**

**AUTORIZANTE:**

Nome:

RG: CPF:

Endereço:

Bairro: Cidade: Cep:

Telefone residencial: Celular:

Estado Civil: Profissão:

Grau de Parentesco com o falecido:

**MEMBRO AMPUTADO:**

Membro pertencente á:

RG: CPF

Filiação – Pai: Mãe:

Endereço:

Data do nascimento: Idade: Estado Civil:

Membro Amputado: Médico Responsável:

Eu, acima identificado(a) como autorizante, AUTORIZO, o CREMATÓRIO ECOLÓGICO PARA HUMANOS PREVER, situado na cidade de Jaboticabal, Estado de São Paulo, devidamente licenciado pela CETESB, a realizar a cremação do membro amputado, acima identificado.

Declaro estar ciente de que o ato de cremação sofre restrições legais e de autoridades judiciais, bem como aquelas dispostas no artigo 77, parágrafo segundo da lei nº 6.015/73.

Assim, autorizo a cremação acima especificada, cumprindo com a legislação pertinente, assumindo todas as responsabilidades civis e criminais pelas declarações, quer no presente, quer no futuro, bem como junto aos demais familiares presentes e ausentes que nada têm a opor com relação a este procedimento ora por mim autorizado.

 Jaboticabal, de 2020.

 .......................................................................................................

 **-AUTORIZANTE-**

**Testemunhas**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME:

CPF:

TELEFONE:

PARENTESCO

( ) AUTORIZO ENVIO DAS CINZAS PELO CORREIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME:

CPF:

TELEFONE:

PARENTESCO