# DECLARAÇÃO

**Declaro para os devidos fins, que em data de (dia) de (mês) de (ano) , amputei o(a) (membro amputado) de (nome do amputado) , CPF (nº do CPF) , e que o membro será encaminhado para cremação, conforme opção da família.**

 Jaboticabal, de 2020.

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

 Assinatura do médico e nº CRM

**Testemunhas**:

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

NOME:

CPF:

TELEFONE:

PARENTESCO