

AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO DE CREMAÇÃO

Falecido(a): _____

() corpo () restos mortais Origem: _____

1- Autorizado por: _____

RG: _____, CPF: _____, Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____, Nº: _____

Bairro: _____, CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____, Telefone:

() _____, () _____.

2- Autorizado por: _____

RG: _____, CPF: _____, Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____, Nº: _____

Bairro: _____, CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____, Telefone:

() _____, () _____.

3 - Autorizado por: _____

RG: _____, CPF: _____, Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____, Nº: _____

Bairro: _____, CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____, Telefone:

() _____, () _____.

Tipo de Serviço: _____ **Data:** ____/____/____.

Nome do Atendente: _____

Assinatura do Atendente: _____

A U T O R I Z A Ç Ã O

O(s) familiar(es) e ou responsável(eis), indicado(s) acima, solicita(m) e autoriza(m), por meio desta, a unidade do _____, acima indicado, e em atenção a legislação vigente, a executar o procedimento de cremação do(a) citado, acima, com a colocação, após a Cremação, em Urna designada previamente. Os restos cremados deverão ser entregues conforme formalmente indicado e autorizado. Por fim, declara(m) que os documentos legais, necessários ao ato de cremação, estão anexados a esta autorização.

1 - Autorizado

Assinatura (Reconhecer Firma)

2 - Autorizado

Assinatura (Reconhecer Firma)

3 - Autorizado

Assinatura (Reconhecer Firma)

Testemunhas:

Assinatura (Reconhecer Firma)
Nome:
Endereço:
Telefone:
RG:
CPF:

Assinatura (Reconhecer Firma)
Nome:
Endereço:
Telefone:
RG:
CPF: