



LACRES

O PORTAL - CREMATÓRIO ITATIBA

CÂMARA _____

AUTORIZAÇÃO DE CREMAÇÃO

CINZAS _____

DADOS DO FALECIDO

NOME			
ESTADO CIVIL		CPF	IDADE
DATA NASCIMENTO		PROFISSÃO	
FILIAÇÃO			
DATA ÓBITO:		DECLARAÇÃO/CERTIDÃO DE ÓBITO Nº	
PESO(kg)	ALTURA(cm)	POSSUI MARCA PASSO/ DISPOSITIVO ELECTRÔNICO OU PROTESE DE METAL IMPLANTADO ? QUAL () SIM () NÃO	

Eu, abaixo identificado(a) como AUTORIZANTE, autorizo o O PORTAL - CREMATÓRIO DE ITATIBA, inscrita no CNPJ 19.153.818/0002-53, situada a Rodovia Engenheiro Constâncio Cintra, S/N, km81 Gleba 3a Parte1, Pomar São Jorge - Itatiba/SP devidamente licenciada pela CETESB, a realizar a cremação do falecido (a) acima descrito.

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

Assumo inteira responsabilidade, tanto civil quanto criminal pelas informações prestadas, quer no presente, quer no futuro, vem como junto aos demais presentes e ausentes que nada tem a se opor com relação a este procedimento por mim autorizado na presença das testemunhas infra-assinadas, visto ser o cumprimento fiel da conhecida vontade do(a) falecido(a).

Declaro estar ciente e de acordo, se não retiradas as cinzas no prazo máximo de 30 (Trinta) dias da data da cremação, as cinzas poderão ser espargidas em local adequado pela contratada, salvo determinação legal.

Estou ciente de que a cremação não poderá ser assistida por nenhum membro da família por se tratar de ação absolutamente técnica. A equipe do Crematório de Itatiba 'O PORTAL', realiza todos os procedimentos, mantendo a reverência ao momento da dor e despedida, poupando assim a família.

As cinzas somente serão liberadas com a entrega de (01) uma cópia da certidão de Óbito, que ficará retida em nosso arquivo, com informações em acordo com a documentação (declaração e/ou certidão de óbito), já apresentada anteriormente.

Para a retirada de cinzas fica autorizada _____, CPF/CNPJ : _____, a retirar as cinzas do falecido descrito acima, a partir de 15 (Quinze) dias úteis, a contar da data de entrada no crematório.

Itatiba, ____ de _____ de _____

AUTORIZANTE

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

TELEFONE: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA (De acordo com documento apresentado) _____

TESTEMUNHA 1

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

TELEFONE: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA (De acordo com documento apresentado) _____

TESTEMUNHA 2

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

TELEFONE: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA (De acordo com documento apresentado) _____

ATENÇÃO: Este documento não será aceito com rasuras, erros no preenchimento ou falta de algum dado. AS ASSINATURAS AQUI CONSTANTES DEVERÃO ESTAR DE ACORDO COM O DOCUMENTO APRESENTADO. É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO DO FALECIDO, AUTORIZANTE E TESTEMUNHAS