



AUTORIZAÇÃO PARA CREMAÇÃO DE RESTOS MORTAIS “OSSOS”
DE PESSOA “VÍTIMA DE MORTE VIOLENTA”

A
U
T
O
R
I
Z
A
D
O
R

Nome: _____ N° _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: Rua/Avenida: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone residencial: () _____ Celular: () _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____
Grau de Parentesco: _____ e-mail: _____

F
A
L
E
C
I
D
O

Nome: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
Cidade do Falecimento: _____ Data do Falecimento: _____ / _____ / _____
Nome do Cemitério: _____ Data do Sepultamento: _____ / _____ / _____
Quadra: _____ Número da Sepultura: _____ Data da Exumação: _____ / _____ / _____

A
U
T
O
R
I
Z
A
Ç
Ã
O

Eu, supracitado(a), na qualidade de **AUTORIZO, a SETEC – SERVIÇOS TÉCNICOS GERAIS, Autarquia Municipal que administra o CREMATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS**, situado na Rua Sylvia da Silva Braga, S/Nº, no Bairro dos Amarais, na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, devidamente licenciado pela CETESB, a realizar a cremação dos restos mortais “ossos” do(a) falecido(a) acima qualificado(a), conforme Certidão de Óbito e Autorização para Transporte de Ossos expedida pela Vigilância Sanitária Municipal, documento do Cemitério onde o(a) falecido(a) encontrava-se sepultado e **AUTORIZAÇÃO JUDICIAL** anexos.

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, **AUTORIZO A CREMAÇÃO DOS RESTOS MORTAIS “OSSOS”**, 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-assinada e devidamente ratificada pela Autoridade Judiciária.

Campinas/São Paulo/Brasil, de _____ de _____

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

T
E
S
T
E
M
U
N
H
A
S

Nome:	Nome:
RG:	RG:
CPF:	CPF:
Endereço: _____ N° _____	Endereço: _____ N° _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____	Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Fone Residencial () _____ Celular () _____	Fone Residencial () _____ Celular () _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____