



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SETEC – Serviços Técnicos Gerais
Autarquia da Prefeitura Municipal de Campinas
CNPJ 49.413.800/0001-23
Praça Voluntários de 32, S/N. Bairro Swift
Campinas/SP- CEP.: 13041-900
Site: www.setec.sp.gov.br - Fone (19) 3734-6100

AUTORIZAÇÃO PARA CREMAÇÃO DE “MEMBRO AMPUTADO”

A
U
T
O
R
I
Z
A
D
O
R

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone residencial: () _____ Celular: () _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____
Grau de Parentesco: _____ e-mail: _____

P
E
S
S
O
A

A
M
P
U
T
A
D
A

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Nº _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: / /
Local da Cirurgia: _____ Data da Cirurgia: / /
Membro Amputado: _____

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 Sylvania 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 do(a) _____ o(a) qual foi amputado do(a) Sr(a) _____, conforme laudo médico de amputação expedido pelo(a) Médico(a) Responsável Dr.(a) _____ CRM _____ e Dr.(a) _____ CRM _____ 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**, 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-assinadas.

Campinas/São Paulo/Brasil, de de

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

Nome: _____ Nome: _____
RG: _____ CPF: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Nº _____ Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Fone Residencial:() _____ Celular: () _____ Fone Residencial:() _____ Celular: () _____
Assinatura: _____ Assinatura: _____