



MEMORIAL CREMATÓRIO DOM JOSÉ
Rodovia E RS 162 nº 2.191 - Santa Rosa – RS CEP: 98900-000
CNPJ – 01638845/0001-70 isnc.1100066141
Fones: (55) 3512-2727 Plantão 24h 3512-1297
Site: www.crematoriodomjose.com.br E-mail:
crematorio@crematoriodomjose.com.br

AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO DE CREMAÇÃO

| | | | |
|---|--------------------|---------------------|-------|
| DATA: | PROCESSO Nº /2017 | FALECIDO (a): | |
| 01. Autorizado por: | | | |
| RG: | CPF: | Grau de parentesco: | |
| Endereço: | | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: | Tel.: |
| 02. E por: | | | |
| RG: | CPF: | Grau de parentesco: | |
| Endereço: | | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: | Tel.: |
| Tipo de Serviço: Cremação de corpo com acondicionamento em urna de madeira. | | | |
| DATA: | Nome do Atendente: | | |

AUTORIZAÇÃO

O(s) familiar (es) e/ou responsável(eis), indicado(s) acima, solicita(m) e autoriza(m), por meio desta, a unidade do CREMATÓRIO DOM JOSÉ, 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, arcando para tanto, o empreendimento indicado, com as eventuais despesas adicionais necessárias a tanto. 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.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

| AUTORIZANTES | EMPRESA PRESTADORA DO SERVIÇO FUNERÁRIO |
|--|---|
| O falecido (a) era portador de marca-passo e/ou outros aparelhos que possuem pilhas ou baterias? () SIM () NÃO | Em sendo portador de marca-passo, e/ou qualquer elemento explosivo ou não consumível pelo processo de cremação tais como: aparelho auditivo, óculos, relógios, rádio, pilhas ou baterias, correntes, jóias, terços, etc. Este já foi removido? () SIM () NÃO |
| O falecido (a) tinha alguma prótese mecânica externa? () SIM () NÃO | O Ataúde em que se encontra o falecido (a) possui fibra de vidro ou revestimento inteno de zinco? () SIM () NÃO |
| Existem parentes conhecidos do (a) falecido (a), para autorizar o processo de cremação? () SIM () NÃO | Durante a preparação, foi adicionado ao corpo, formol, ceras combustíveis ou realizado o procedimento de tanatopraxia? () SIM () NÃO |
| O falecido (a) foi submetido (a) a tratamento rádio ou quimioterapia, ou outro tratamento similar? () SIM (X) NÃO | Peso aproximado do corpo: _____ Altura aproximada: _____ |
| Autorizamos o Memorial Crematório e Cemitério Dom José à descartar de forma não recuperável os metais e vidros removidos da urna funerária antes da cremação. () SIM () NÃO | Oferecemos aos familiares a filmagem da Cerimônia de Despedida – editada, entregue em um pen drive. A família autoriza e deseja adquirir a filmagem: () SIM () NÃO |

E, assumimos, sob as penas de lei, total responsabilidade sob as informações aqui prestadas, além de responder civil e criminalmente por quaisquer danos ocorridos aos operadores do processo de cremação, bem como equipamento crematório, em caso de acidente causado por omissão de dados relevantes.

AUTORIZANTES:

01 _____

02 _____

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DA URNA COM RESTOS CREMADOS

Eu, abaixo qualificado, na qualidade de representante e devidamente autorizado, declaro ter recebido do Crematório Dom José a urna com os restos cremados resultantes do processo de cremação acima referido.

Nome: _____ CPF: _____ Ass: _____

| | | |
|--------------------|-----------|------|
| EMPRESA FUNERÁRIA: | TELEFONE: | |
| NOME DO AGENTE: | CPF: | ASS: |

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA E DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

DECLARAMOS, por meio desta, que as Cinzas do(a) falecido(a) acima citado, conforme processo, foram entregues aos familiares.

Funcionário ou direção que entregou a urna: _____ data da entrega: ____/____/____

Assinatura do familiar: _____