

GRUPO LOUGHREY

Crematório de Anápolis
Rua Ra 06
Quadra 07 – Lote 23
Res Araguaia
Anápolis – Go
CEP 75.071-400
CNPJ 13.124.710/0001-75



AUTORIZAÇÃO DE CREMAÇÃO DO MEMBROS AMPUTADOS

AUTORIZANTE

Nome:

RG

CPF

Endereço:

Telefone residencial:

Comercial:

Celular:

Nextel:

Estado Civil:

Profissão:

Grau de Parentesco:

PESSOA EMPUTADA:

Nome:

RG:

CPF:

Filho de:

Data do nascimento:

Idade:

Estado Civil:

Hospital (cirurgia):

Membro Amputado:

Médico Responsável:

Endereço:

Eu, acima identificado(a) como autorizante, AUTORIZO, o Grupo Loughrey – Crematório de Anápolis, situado na cidade de Anápolis, Estado de Goiás, devidamente licenciado pela prefeitura de Anápolis, a realizar a cremação do amputado do(a) Sr(a)

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

Assim, autorizo a cremação acima especificada, cumprindo com a legislação pertinente, assumindo todas as responsabilidades civis e criminais pelas declarações, quer no presente, quer no futuro, bem como junto aos demais familiares presentes e ausentes que nada têm a opor com relação a este procedimento ora por mim autorizado.

Anapolis, de 20

.....
-autorizante-
(reconhecer a assinatura)

Testemunhas:

Nome

RG:

CPF:

Endereço:

Fone:

--

Nome:

RG:

CPF:

Endereço:

Fone:

--