



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/Nº, Bairro Swift  
 Campinas/SP- CEP.: 13041-900  
 Site: [www.setec.sp.gov.br](http://www.setec.sp.gov.br)  
 Fone (19) 3734-6100

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

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 e documento do Cemitério onde o(a) falecido(a) encontrava-se sepultado 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.

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