

MANIFESTAÇÃO DE VONTADE PARA EFEITO DE CREMAÇÃO

DECLARANTE		
Nome:		
RG:	CPF:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	UF:
Estado civil:	Profissão:	
e-mail:		
Tel:	Cel:	

Eu, acima identificado(a) como DECLARANTE, **DECLARO EXPRESSAMENTE**, por força e para fins do disposto na Lei Federal nº 6015/73 e para que surtam seus jurídicos e legais efeitos, como disposição de minha última vontade, que meus restos mortais sejam cremados e as cinzas resultantes sejam _____.

Declaro também estar ciente de que o ato de cremação sofre restrições legais e de autoridades judiciais.

_____ /SP, _____ de _____ de _____.

DECLARANTE

Testemunha 1)

Nome completo:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Bairro:	Cidade:

Testemunha 2)

Nome completo:	
CPF:	RG:
Endereço:	
Bairro:	Cidade:

Observações: O declarante deverá reconhecer a firma da assinatura por autenticidade em Cartório.