

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado \_\_\_\_\_,  
telefone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, informo que sou o responsável do  
falecido(a) Sr.(a)\_\_\_\_\_ e  
estou ciente da data e horário do agendamento junto à Secretaria Municipal de Ordem  
Pública (SEMOP) para realização do serviço de cremação no Cemitério Jardim da  
Saúde.

Afirmo ainda que estou ciente de que a cremação só ocorrerá, sem atrasos, na data e  
horário previsto conforme agendamento informado pela SEMOP. E que atrasos de  
qualquer natureza implicarão na necessidade da realização de um novo agendamento  
para outra data e horário a ser estipulado, conforme disponibilidade no momento do  
reagendamento junto à SEMOP.

Salvador-BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável**