

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL  
DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE**  
"TEMPO DE RECONSTRUIR"  
2017-2020

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu

\_\_\_\_\_  
Portador de identidade/ CPF \_\_\_\_\_

Autorizo a funerária \_\_\_\_\_

A realizar a retirada do corpo \_\_\_\_\_

A prestar serviços entre a família e a funerária.

CAUSAS DO ÓBITO

SUSPEITO DE COVI-19: SIM ( ) OU NÃO ( )

CONFIRMADO: SIM ( ) OU NÃO ( )

OUTRAS CAUSAS: ( )

Por se verdade, firmo o presente.

São João da Ponte \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela Autorização