



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu

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

Autorizo a funerária \_\_\_\_\_

A realizar a retrada 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