

25



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

EU _____

PORTADOR DE IDENTIDADE/CPF _____

AUTORIZADO A FUNERÁRIA _____

A REALIZAR A RETIRADA DO CORPO _____

A PRESTAR SERVIÇOS ENTRE A FAMÍLIA E A FUNERÁRIA.

CAUSAS DO OBITO.

SUSPEITO DE COVID? SIM()NÃO().

CONFIRMADO? SIM()NÃO().

OUTRAS CAUSAS:

POR SER VERDADE, FIRMO O PRESENTE.

SÃO JOÃO DA PONTE, ____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL