



**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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_