**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E CIRÚRGICOS**

Eu, (nome completo do declarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (estado civil)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (profissão), portador da carteira de identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente e domiciliado na (endereço completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho por meio desta conceder ao (à) Sr.(a) (nome completo da mãe e/ou pai), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (estado civil)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(profissão), portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na (endereço completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concedo AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E CIRÚRGICOS do(a) menor (Nome completo do filho/a de ambos), nascido em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Estado Federativo, local do nascimento, com nome do hospital com endereço), na data (data de nascimento por extenso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acompanhado da (mãe ou pai)\_\_\_\_\_\_tendo como destino (destino completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quando for exigida pelo Hospital/Clínica a autorização dos dois genitores da criança.

(cidade)\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do(a) militar com firma reconhecida por autenticidade)