

# AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E CIRÚRGICOS

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

\_\_\_\_\_ (Cidade), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /201\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do militar com firma reconhecida por autenticidade)