

AUTORIZAÇÃO

Eu, *(nome completo)* _____,
beneficiário (a) do ICS inscrição nº _____, CPF nº _____, RG nº _____,
autorizo a pessoa de *(nome completo)* _____, CPF nº _____,
RG nº _____, a comparecer ao Instituto
Curitiba de Saúde – ICS e solicitar, em meu nome,

(descrever com detalhes o que será solicitado)

Curitiba, __/__/____

Assinatura do beneficiário:
