

GUIA DE AUTORIZAÇÃO DE TERCEIROS

Eu, _____
autorizo o(a) Sr(a) _____,
CPF nº _____ a rubricar as sessões realizadas na Folha de Frequência
Individual de meu dependente _____
na Clínica Credenciada _____.

Outrossim, estou ciente de que devo comparecer ao NAS, entre os dias 5 e 10 de cada
mês, para conferir se as datas, terapias e rubricas estão de acordo, bem como, assinar o verso
da Folha de Frequência Individual.

São Pedro da Aldeia, RJ, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da pessoa Autorizada

Rubrica da pessoa Autorizada

Assinatura do Responsável pelo Dependente

Anexar os seguintes documentos:

- 1) cópia da identidade/CPF da pessoa autorizada; e
- 2) cópia da identidade do responsável pelo dependente.