

**CARTÃO DE ASSINATURAS E RUBRICAS DOS RESPONSÁVEIS PELO(A) USUÁRIO(A)**

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

POSTO/GRAD./CAT.FUNCIONAL: \_\_\_\_\_ NIP: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE: \_\_\_\_\_

NOME DA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA/RUBRICA DOS RESPONSÁVEIS E PESSOAS AUTORIZADAS A ASSINAREM			
NOME COMPLETO EM LETRA DE FORMA	PARENTESCO/ AFINIDADE	ASSINATURA	RUBRICA

NOME  
POSTO

Chefe do Departamento de Assistência à Pessoa com Deficiência

O Modelo acima foi conferido.

Brasília, DF, na data da assinatura.

JAILSON DA SILVA DOS SANTOS  
Capitão de Corveta (RM1-AFN)  
Membro da Equipe de Planejamento e Responsável pela Demanda

ASSINADO DIGITALMENTE