

## AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTAS MÉDICAS ASSISTENCIAIS

Eu \_\_\_\_\_ funcionário da empresa \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

autorizo o funcionario: \_\_\_\_\_ a realizar consulta assistencial conforme agendamento realizado.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**OBS: Anexar foto deste encaminhamento preenchido e assinado pelo responsável da empresa acompanhado dos seguintes documentos: CPF, RG e este encaminhamento preenchido e assinado pelo responsável da empresa.**

Carimbo da empresa e assinatura do responsável