

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome),  
matrícula n.º \_\_\_\_\_, RG n.º \_\_\_\_\_,  
CPF n.º \_\_\_\_\_,  
domiciliado na \_\_\_\_\_,  
cidade de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (UF), telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
**autorizo que** \_\_\_\_\_ (nome),  
RG n.º \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, domiciliado  
na \_\_\_\_\_,  
cidade de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (UF), telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
**solicite, em meu nome e sob a minha responsabilidade, a emissão da 2ª via  
da carteira de Beneficiário do Plano de Saúde do ICS,** e que assine quaisquer  
outros documentos que sejam fornecidos pelo ICS, necessários ao  
encaminhamento da solicitação.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura do Titular**

**ATENÇÃO:** Juntamente com esta autorização, deverão ser apresentadas cópias dos documentos de identidade do titular e da pessoa autorizada.