

## **Autorização ao SAME**

Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº: \_\_\_\_\_, autorizo o(a) senhor(a):

\_\_\_\_\_,

RG nº: \_\_\_\_\_, a retirar cópia de prontuário e/ou

**relatório médico solicitado ao SAME - IAMSPE.**

Assinatura: \_\_\_\_\_

(assinar igual ao documento).

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

**Trazer documento original(ou cópia legível) do(a) paciente.**