AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DO LAUDO POR E-MAIL

Eu**,**      , portador(a) da cédula de identidade RG. Nº:      , CPF Nº      , data de nascimento:      , residente e domiciliado ao endereço:  , Nº      , complemento      , bairro :      , município:      , CEP:      , Telefone:      ,   **autorizo** o envio do meu Laudo para o e-mail:  .

Declaro estar ciente de que o laudo médico será enviado para o endereço de e-mail indicado e assumo a responsabilidade pelo recebimento.

**Observação para recebimento por procurador:** Caso o recebimento do laudo médico seja efetuado por um procurador, deverá ser encaminhada, juntamente com esta autorização, uma procuração assinada digitalmente, que poderá ser assinada por meio da assinatura digital **gov.br.**

Data:      ***/***     ***/***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Digital GOV.BR