



IPREM

Instituto de Previdência Municipal
Mogi das Cruzes -SP

AUTORIZAÇÃO

Obs: Necessário que o segurado preencha no balcão ou no caso de não for possível, um terceiro poderá trazer (assinado e com o RG do segurado, para conferencia da assinatura) ou enviar digitalizado para o whatsapp do IPREM 11 4798-5185 (PDF, legível e sem cortes + documento com foto do segurado).

Eu, _____, portador(a)
do CPF n° _____, autorizo o (a) Sr
(a) _____, portador (a) do
do CPF n° _____, a retirar as carteirinhas do convênio médico..

Mogi das Cruzes, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Segurado