



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF: _____ autorizo o **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO TOCANTINS**, ao qual estou devidamente inscrito (a) como titular, a ter acesso ao meu prontuário médico parcial ou integral, bem como, dos meus dependentes, para uso exclusivo da regulação e auditoria de procedimentos médicos e hospitalares, que será realizada por profissionais da saúde credenciados ao Plano ou da operadora de serviços com a qual o Plano possui contrato, seja nas dependências do hospital ou remotamente, com envio de cópias documentais, para fins de viabilizar meu atendimento de saúde por parte do hospital e análise médica de pertinência.

Dados dos dependentes:

Dependente	Grau de Dependência

Por ser verdade, dato e assino o presente.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) servidor(a) titular

CPF: _____