

### AUTORIZAÇÃO RETIRADA DE KIT

Eu, \_\_\_\_\_ portador da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_, órgão \_\_\_\_\_ Autorizo  
\_\_\_\_\_, portador da identidade nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a retirar meu chip do **V CIRCUITO MASF – ETAPA** \_\_\_\_\_

Mando em anexo:

- Termo de responsabilidade
- Atestado médico
- Declaração do Técnico assinada
- Comprovante de pagamento

**IMPORTANTE:**

- No caso de extravio ou não devolução do chip, será cobrada uma taxa de R\$ 75, 00 DE ACORDO COM O REGULAMENTO;

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Identidade e assinatura do responsável legal

