

## Encaminhamento para Entrevista Qualificada

### Declaração de Saúde

**Nome do Proponente:**

Titular: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Representante Legal \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Dependente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

- Apresentar documento pessoal original, do beneficiário titular e dependente.
- Menores de idade terão que comparecer acompanhados pelos pais.
- Seja pontual com horário previamente agendado. Não se por algum motivo não puder comparecer favor avisar com antecedência.
- Atraso com horário agendado, tolerância máxima de 10 minutos.
- É de responsabilidade da empresa contratante orientar, encaminhar e se certificar que seus funcionários e dependentes compareceram à entrevista qualificada no horário agendado.

**Endereço:** Rua Barão do Rio Branco, nº 957 - Edifício Emíli - 1º Andar - Sala 2 da Unimed

**Referência** - Prédio ao lado da Unimed, na esquina ao lado da Colchões Ortobom.

**Contato - Aline.**

Rondonópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Solicitante - Nome da empresa:** \_\_\_\_\_

**Representante:** \_\_\_\_\_