

## PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

**LOCAL DE ATENDIMENTO:** Rua Brasilina, 82 – Centro – Guarulhos – SP / Tel. 2229-5529.

**HORÁRIO:** Segunda e Quarta das 08:00hs as 10:00hs e Quinta das 13:00hs as 15:00hs

**Não é necessário agendamento.**

DADOS DO CLIENTE		
1 – NOME:		
DATA NASC.: ____/____/____	RG.:	Tel.:
2 – NOME:		
DATA NASC.: ____/____/____	RG.:	Tel.:

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO		
NOME DO VENDEDOR(A):		
CPF.:	Tel.:	Cel.:
Corretora:	Data: ____/____/____	E-mail do Vendedor(a):

**Obs.:** Apresente este encaminhamento na recepção da Clínica Médica, juntamente com o RG.

## PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

**LOCAL DE ATENDIMENTO:** Rua Brasilina, 82 – Centro – Guarulhos – SP / Tel. 2229-5529.

**HORÁRIO:** Segunda e Quarta das 08:00hs as 10:00hs e Quinta das 13:00hs as 15:00hs

**Não é necessário agendamento.**

DADOS DO CLIENTE		
1 – NOME:		
DATA NASC.: ____/____/____	RG.:	Tel.:
2 – NOME:		
DATA NASC.: ____/____/____	RG.:	Tel.:

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO		
NOME DO VENDEDOR(A):		
CPF.:	Tel.:	Cel.:
Corretora:	Data: ____/____/____	E-mail do Vendedor(a):

**Obs.:** Apresente este encaminhamento na recepção da Clínica Médica, juntamente com o RG.