



ENCAMINHAMENTO
PARA TRATAMENTO
SENHA _____

SCS Qd. 08 BL. B-50 Ed. Venancio 2000 8º Andar
Salas 810 a 844 Brasília-DF CEP: 70.333.900
PABX: 213-2288

STICMB – Asa Norte – SCR N 706/707 – Bloco B – Entrada 12 – Sala 301
Fone: (61)3347-8833 – Fax: (61) 3349-1835
CEP: 70.740-790 – Brasília-DF

Solicitamos o atendimento para:

Empregado: _____ CPF: _____

Dependente: _____

Carteira de Trabalho nº: _____ Série: _____ Órgão: _____

Registrado na Empresa sob nº: _____ Admitido: ____/____/____ Função: _____

Nome legível do responsável pelo encaminhamento: _____

Data: ____/____/____

Nome da Empresa: _____

Telefone: _____

Observações: Apresentar junto a este carteira de trabalho
ou último contra cheque

Carimbo da empresa e assinatura do responsável



ENCAMINHAMENTO
PARA TRATAMENTO
SENHA _____

SCS Qd. 08 BL. B-50 Ed. Venancio 2000 8º Andar
Salas 810 a 844 Brasília-DF CEP: 70.333.900
PABX: 213-2288

STICMB – Asa Norte – SCR N 706/707 – Bloco B – Entrada 12 – Sala 301
Fone: (61)3347-8833 – Fax: (61) 3349-1835
CEP: 70.740-790 – Brasília-DF

Solicitamos o atendimento para:

Empregado: _____ CPF: _____

Dependente: _____

Carteira de Trabalho nº: _____ Série: _____ Órgão: _____

Registrado na Empresa sob nº: _____ Admitido: ____/____/____ Função: _____

Nome legível do responsável pelo encaminhamento: _____

Data: ____/____/____

Nome da Empresa: _____

Telefone: _____

Observações: Apresentar junto a este carteira de trabalho
ou último contra cheque

Carimbo da empresa e assinatura do responsável