Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro que no \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_ compareci no ambulatório médico da Mosaic Fertilizantes recebi as orientações para realização do meu exame médico demissional no local e data abaixo indicados. Declaro estar ciente e me comprometo a comparecer conforme indicação abaixo:

Exames a serem realizados:

* Listar os exames a serem realizados

**Local**:

**Endereço**:

**Data**:

Horário:

, \_ de \_\_\_ de 202\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura