



Favor enviar o formulário completamente preenchido pelo correio ou por fax para:  
 Herbalife International do Brasil Ltda.  
 Rua Marina Clifulli Zanfelice, 371 - Lapa  
 CEP: 05040-000 - São Paulo - SP  
 Fax: (11) 3879-7855

## FORMULÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DO SUPERVISOR

Data: \_\_\_\_\_

Supervisor Totalmente Qualificado:

É necessário apenas um formulário preenchido para linha em qualificação de sua organização. Favor enviar este formulário para o Departamento de Relações com o Distribuidor até o 5º dia do mês seguinte dos pedidos dos Distribuidores em Qualificação. Solicitamos a gentileza de anexar cópias da Proposta Internacional de Distribuição dos Distribuidores em qualificação em sua organização.

Marque com um X o(s) campo(s) apropriado(s)

Mês de Qualificação/Ano: \_\_\_\_\_

<p><b>*Qualificação de Um Mês</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Alcance um mínimo de 4.000 Pontos de Volume em um mês, dos quais 1.000 Pontos são de Volume não Alcançado (não utilizado por outro Distribuidor para se qualificar).</p>	<p><b>Qualificação de Dois Meses</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>1º MÊS DE UMA QUALIFICAÇÃO DE DOIS MESES:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Alcance um mínimo de 2.500 Pontos de Volume em um mês determinado, dos quais 1.000 Pontos são de Volume não Alcançado.</p> <p><b>2º MÊS CONSECUTIVO DE UMA QUALIFICAÇÃO DE DOIS MESES:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Alcance um mínimo de 2.500 Pontos de Volume, dos quais 1.000 Pontos são de Volume não Alcançado.</p> <p>Ao completar uma qualificação de dois meses, um formulário deve ser enviado separadamente para cada mês. *50% de desconto se aplica ao 1º mês seguinte a qualificação completa de seus dois meses.</p>	<p><b>Qualificação em Organização</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Sua linha descendente qualificou com sua organização? Favor listar os nomes, ID Herbalife e Volume de Pontos não Alcançados dos Distribuidores em qualificação em sua organização.</p> <p>Cada Distribuidor deve ter o mínimo de 1.000 Pontos de Volume que estão sendo utilizados por outro Distribuidor para se tornar um Supervisor (volume não alcançado). O último Distribuidor na organização deve ter 4.000 Pontos de Volume para uma qualificação de um mês e o mínimo de 2.500 Pontos de Volume para uma qualificação de dois meses.</p>
--	---	---

Se houver mais Distribuidores em qualificação nesta organização, favor acrescentar ao esquema conforme apropriado, e anexar informação adicional do Distribuidor (ex.: Nome, ID Herbalife e Pontos de Volume) ou preencher um novo formulário. Favor preencher um formulário separado para cada nova linhagem de qualificação.

### SUPERVISOR TOTALMENTE QUALIFICADO

#### 1º NÍVEL

- 1-Mês
- 1º Mês
- 2º Mês

Favor preencher um campo para cada DS em qualificação

#### 2º NÍVEL

- 1-Mês
- 1º Mês
- 2º Mês

#### 3º NÍVEL

- 1-Mês
- 1º Mês
- 2º Mês

#### 4º NÍVEL

- 1-Mês
- 1º Mês
- 2º Mês

Nome do Supervisor Totalmente Qualificado	
Número de ID Herbalife	
Telefone	
Supervisor Totalmente Qualificado: Favor preencher o nome, o número de ID Herbalife e Volume de Pontos abaixo para cada Distribuidor em qualificação em sua organização.	

#### 1º Nível:

Nome do Distribuidor	
Número de ID Herbalife	
Número do INSS**	PIS**
Volume de Pontos Não Alcançado	

#### 2º Nível:

Nome do Distribuidor	
Número de ID Herbalife	
Número do INSS**	PIS**
Volume de Pontos Não Alcançado	

#### 3º Nível:

Nome do Distribuidor	
Número de ID Herbalife	
Número do INSS**	PIS**
Volume de Pontos Não Alcançado	

#### 4º Nível:

Nome do Distribuidor	
Número de ID Herbalife	
Número do INSS**	PIS**
Volume de Pontos Não Alcançado	

\*Não esqueça de ligar para o telefone (11) 3879-7822 ou 0300-789-3222 para colocar estes Distribuidores em qualificação ao desconto de 50% Temporário.

\*\* Obrigatório mencionar o número do seu INSS ou PIS/PASEP para que seus pagamentos possam ser efetuados.