

REQUERIMENTO DE CONVÊNIO Nº 31

(1) DADOS DO PACIENTE:

NOME COMPLETO: _____

CPF.: _____ RG.: _____

E-MAIL: _____ FONE / CELULAR: _____

GRAU DE RELACIONAMENTO:

() FUNCIONÁRIO () ASSOCIADO/MEMBRO () DEPENDENTE LEGAL(*)

(*) caso seja dependente preencher obrigatoriamente no item 2, nome funcionário/membro.

Declaro estar ciente de que:

- a) Não é permitido o acúmulo entre dois convênios
- b) O percentual de desconto será de acordo com o Contrato firmado. (20% dez por cento)

Assinatura do Paciente

Assinatura Responsável Legal

(2) DADOS DA EMPRESA:

CÓDIGO(uso ACIC) _____ CNPJ Nº _____

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME DO FUNCIONÁRIO: _____

Declaro para os devidos fins que as informações citadas acima são verdadeiras.

Assinatura Proprietário/Responsável

Carimbo do CNPJ

(3) PREENCHIMENTO PELA ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDL DE CAPIVARI:

Declaramos a Odontoclinic Capivari, que a pessoa física/pessoa jurídica citada acima é associada, desta entidade.

Assinatura ACIC

Carimbo do CNPJ

Após preenchimento, entregar o requerimento no Atendimento da Odontoclinic Capivari

Capivari, ____/____/____

(4) PARA USO DA ODONTOCLINIC CAPIVARI: