



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

OFERTA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Com o presente, venho ofertar aos associados e dependentes da ABEPOM, meus serviços profissionais na área da odontologia, subordinando-me às suas diretrizes, instruções, tabela de preços e formas de pagamento.

Informo que o atendimento aos futuros usuários dar-se-á em meu consultório particular nos dias e horários abaixo declarados, ficando absolutamente claro que essa atividade não estabelecerá em hipótese alguma, qualquer vínculo empregatício com esta Associação.

Declaro que todas as despesas com o material necessário aos tratamentos efetuados, bem como as necessárias ao funcionamento do consultório serão de minha exclusiva responsabilidade.

Concordo que pagamentos correspondentes aos valores devidos pelos futuros usuários, pelos serviços que lhes forem prestados, nos termos e condições expressos neste documento, serão realizados por sua conta e ordem, mediante crédito em minha conta corrente bancária abaixo identificada, descontados os impostos, taxas e taxa de expediente da ABEPOM, equivalente a 8% (oito por cento) dos valores cobrados, ficando claramente entendido, que tais pagamentos são decorrentes da prestação de serviço individualmente contratada com os usuários e não com este ente associativo.

O tratamento dentário será iniciado mediante a apresentação pelo associado/usuário do Formulário Odontológico para Auxílio Financeiro Indenizável, cujas prescrições contidas em seu corpo serão por mim rigorosamente obedecidas.

Finalmente comprometo-me a seguir as orientações, rotinas e instruções administrativas determinadas por essa Associação.

Nome:

CRO:

C.I. :

CPF:

Especialidade:

CNPJ:

Horário de atendimento:

Endereço: Rua:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Fone:

Celular:

E-mail:

Banco:

Agencia:

Conta corrente:

Local:

Data:

Assinatura:

Documentação Necessária – Pessoa Jurídica:

- Cópia do CRO da Clínica;
- Cópia do CRO do Corpo Clínico;
- Cópia do Diploma da Especialidade;
- Cópia do Alvará da Prefeitura;
- Cópia do Alvará Sanitário;
- Cópia do CGC;
- Cópia do Contrato Social.

Documentação Necessária – Pessoa Física:

- Cópia do CRO;
- Cópia do Diploma da Especialidade;
- Cópia da C.I.;
- Cópia do CPF;
- Cópia do Alvará da Prefeitura;
- Cópia do Alvará Sanitário.