

Declaração de Recebimento de Informação

Eu, [Seu Nome], declaro que recebi a informação referente aos documentos necessários para o processo de reembolso. São eles: Nota fiscal com dados da INTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE - CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA CNPJ: 15.116.763/0004-12 Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO CEP: 80730-070 e o documento referente ao que está sendo cobrado na NF (Ex.: Prontuário médico, prescrição médica, relatório do profissional, laudos etc.)

Confirmo que entendi o conteúdo e estou ciente das informações nele contidas e o não cumprimento do processo referido poderá acarretar negativa do reembolso.

[Nome da unidade]

[Nome do responsável pelo aluno/reembolso]

Assinatura: _____ Data: __/__/__

[Observação: Se a declaração estiver sendo feita eletronicamente, a assinatura pode ser substituída por um campo para digitar o nome e a data.]