



TERMO DE

TROCA DE TRANSFERÊNCIA
DE TRATAMENTO

Nº DE CONTRATO:

TERMO DE TROCA DE ÁREA DE TRATAMENTO

CONTRATANTE

Nome: Data de Nasc: __/__/____ Sexo: (F) (M)
End: Bairro: CEP:
Tel. Fixo: Cel: Cidade: UF:
Instagram: CPF: E-mail:
Profissão: Como conheceu a Não+Pelo?

CONTRATADA

Contratada: pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no **CNPJ/MF** sob o **Nº**: Bairro: CEP:
end doravante simplesmente denominada "**NÃO+PELO**";

DESCRIÇÃO ACORDO

Eu, _____ cliente da Unidade Não+Pelo: _____
portadora do CPF _____, venho através desta, autorizar a **TRANSFERÊNCIA DE TRATAMENTO**
para: _____, portador(a) do CPF nº _____,
residente e domiciliado _____ no _____ Complemento _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____,
Telefone Residencial/Celular _____ e-mail _____,
referente as minhas _____ sessões restantes do Tratamento de _____, as quais
foram adquiridas no Contrato de nº _____.

ASSINATURAS

Local: _____ Data: _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

CONTRATADO
(UNIDADE)

CLIENTE QUE RECEBEU AS SESSÕES DE TRANSFERÊNCIA