



SOLICITAÇÃO DE TROCA VISION CARE

Código de cliente: _____ CNPJ ou CPF de cadastro: _____
Razão social: _____
Endereço de entrega das novas lentes: _____
Pessoa de contato: _____ Celular/Whatsapp: _____
E-mail: _____

PRODUTOS ENVIADOS PARA TROCA – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

MODELO	PACIENTE	REFERÊNCIA DA LENTE OU Nº DO PEDIDO	MOTIVO DA TROCA

***Obrigatório o envio do material com a etiqueta.**

PRODUTO SOLICITADO – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

MODELO	PACIENTE	NOVOS PARÂMETROS
		OD: OE:

Será cobrado novo frete para envio.

Declaro estar enviando à MEDIPHACOS INDUSTRIAS MEDICAS SA inscrita no CNPJ: 21.998.885/0001-30 e Inscrição Estadual: 0624962570020 localizada à AV. DEPUTADO CRISTOVAM CHIRADIA, 777 CEP.: 30575-815, Bairro Buritis, Belo Horizonte, o(s) produto(s) acima relacionado(s), anteriormente adquirido(s) desta empresa, com a finalidade de troca conforme ART. 63, I, "a", e 452 do RICMS/MG.

Estou ciente que caso o material não chegue a Mediphacos dentro do prazo de 30 dias corridos a contar da data dessa solicitação, ou que esteja em desacordo das condições gerais apresentadas acima, o produto remetido com a finalidade de troca será faturado automaticamente, sem comunicação prévia.

Declaro ainda que, por não ser contribuinte, isenta-se da emissão da respectiva Nota Fiscal, ficando ao encargo da RECEBEDORA a emissão da Nota Fiscal de ENTRADA bem como a Nota Fiscal de SAÍDA, quando da REMESSA da MERCADORIA EM SUBSTITUIÇÃO.

Declaro ainda que, por ser contribuinte, emitirei a devida Nota Fiscal, e esta será enviada junto com a mercadoria. Ficando ao encargo da RECEBEDORA a emissão da Nota Fiscal de SAÍDA, quando da REMESSA da MERCADORIA EM SUBSTITUIÇÃO.

Condições gerais, de acordo com a POLÍTICA DE TROCA DA MEDIPHACOS, disponível no site: www.mediphacos.com

A troca de lente de contato é permitida desde que seja para o mesmo paciente, decorrente a problemas de adaptação e esteja dentro do prazo de 90 dias corridos da data de emissão da NF. Não será autorizada a troca de lente quebrada, exceto se constatado problema técnico do produto.

A Central de Atendimento ao cliente está à disposição para esclarecimento de dúvidas (0800 727 2211) ou por meio do e-mail relacionamento@mediphacos.com

NOME LEGÍVEL E DATA

ASSINATURA