Remessa de Atendimento Médicos / Odontológicos

( ) Médico ( ) Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado
Nome
CNPJ
CPF

Quantidade

Valor

Assinaturas	
Credenciado	PAME
____/____/_____ _____	____/____/_____ _____
Data Carimbo / Assinatura	Data de Recebimento Carimbo / Assinatura

Ref.: CT_PAME 003/2011

ANS - nº 34240-8

Remessa de Atendimento Médicos / Odontológicos

( ) Médico ( ) Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado
Nome
CNPJ
CPF

Quantidade

Valor

Assinaturas	
Credenciado	PAME
____/____/_____ _____	____/____/_____ _____
Data Carimbo / Assinatura	Data de Recebimento Carimbo / Assinatura

Ref.: CT_PAME 003/2011

ANS - nº 34240-8