

Remessa de Atendimentos Médicos / Odontológicos

BrasilCenter
C O M U N I C A Ç Õ E S

() Médico

() Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado	
Nome	
CNPJ:	
CPF:	

Quantidade

Valor

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

ANS nº 40.226-5

Ref.: CT_PAME 003/2011

Remessa de Atendimentos Médicos / Odontológicos

BrasilCenter
C O M U N I C A Ç Õ E S

() Médico

() Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado	
Nome	
CNPJ:	
CPF:	

Quantidade

Valor

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

ANS nº 40.226-5

Ref.: CT_PAME 003/2011