Remessa de Atendimento Médicos / Odontológicos

Embratel

( ) Médico ( ) Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado
Nome
CNPJ
CPF

Quantidade
Valor

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

Ref.: CT_PAME 003/2011

ANS - nº 32.058-7

Remessa de Atendimento Médicos / Odontológicos

Embratel

( ) Médico ( ) Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado
Nome
CNPJ
CPF

Quantidade
Valor

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

Ref.: CT_PAME 003/2011

ANS - nº 32.058-7