

Remessa de Atendimentos Médicos / Odontológicos



() Médico () Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado

Nome

CNPJ:

CPF:

Quantidade

Valor

Assinaturas

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

ANS nº 31.684-9

Ref.: CT_PAME 003/2011

Remessa de Atendimentos Médicos / Odontológicos



() Médico () Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado

Nome

CNPJ:

CPF:

Quantidade

Valor

Assinaturas

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

ANS nº 31.684-9

Ref.: CT_PAME 003/2011