pame
assistência plena em saúde e bem estar

Remessa de Atendimentos Médicos / Odontológicos

Número	Mês / Ano Referência

Credenciado	Quantidade
Nome	
CNPJ:	Valor
CPF:	

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

ANS - nº 34240-8

Cod:P-007

pame
assistência plena em saúde e bem estar

Remessa de Atendimentos Médicos / Odontológicos

Número	Mês / Ano Referência

Credenciado	Quantidade
Nome	
CNPJ:	Valor
CPF:	

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

ANS - nº 34240-8

Cod:P-007