



# REMESSA de Atendimentos Médicos/Odontológicos

Número

Mês / Ano Referência

Empresas/Entidades coligadas, conveniadas à rede credenciada



BrasilCenter  
COMUNICAÇÕES



Credenciado	
Nome	
CNPJ:	
CPF:	

Quantidade
Valor

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