

Remessa de Atendimento Médicos / Odontológicos



() Médico () Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado	
Nome	
CNPJ	
CPF	

Quantidade
Valor

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

Ref.: CT_PAME 003/2011

ANS - nº 32.058-7

Remessa de Atendimento Médicos / Odontológicos



() Médico () Odontológico

Mês / Ano Referência

Credenciado	
Nome	
CNPJ	
CPF	

Quantidade
Valor

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

Ref.: CT_PAME 003/2011

ANS - nº 32.058-7