FUNDAFFEMG

"Segurança e tranqüilidade no alcance da saúde integral"

Relação de Atendimento

Prestador: _____

Código: _____ **Cidade:** _____

CPFou CGC: _____

Data	Nome do Usuário	Matrícula do Usuário	Código Procedimento	Valor Cobrado	Valor à Pagar
Total Geral					

Obs: É necessário o sub-total por paciente/Usuário.

DATA _____/_____/_____ _____

Assinatura

IMPORTANTE: O Campo referente a valor pago é para preenchimento da FUNDAFFEMG.

Após confirmação do valor a ser pago, o prestador deverá encaminhar para Tesouraria da FUNDAFFEMG o RPA (pessoa física) ou Nota Fiscal (pessoa jurídica).