VALE

ATENDIMENTO FARMÁCIA

Registro ANS 345695

Data Compra

Senha Internet ou Central de Atendimento

CPF / CNPJ

Nome/ Razão Social

Código do Beneficiário

Nome

RG

Idade

Plano

CÓDIGO	QTD	DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL s/ DESCONTO %	DESC	VALOR TOTAL C/ DESCONTO
			,		,
			,		,
			,		,
			,		,
			,		,
			,		,
			,		,
			,		,
			,		,
			,		,
		TOTAL	,		,

USUÁRIO

AUTORIZO AO CONVÊNIO A PAGAR EM MEU NOME, AO PRESTADOR DE SERVIÇO, ASSIM COMO, A REALIZAR AUDITORIA E OBTER QUAISQUER DOCUMENTOS E/OU INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS À ELUCIDAÇÃO DE ASSUNTOS RELACIONADOS AO(S) SERVIÇO(S) PRESTADO(S).

NÃO ASSINAR COMPROVANTE EM BRANCO

Assinatura

PRESTADOR DE SERVIÇO

DECLARO TER FORNECIDO OS MEDICAMENTOS ACIMA, COM BASE NA RECEITA ANEXA.

ANEXAR RECEITA MÉDICA

Assinatura e Carimbo