

Fundo de Assistência à Saúde (FAS)

PESSOA FÍSICA

Nome Completo			CPF	
Endereço do Consultório			Bairro	
Cidade	UF	CEP	Telefone/Fax	
Email			Banco-Agência e C/C	

RELAÇÃO DE GUIAS

Beneficiário (Paciente)	Nº da guia	Valor (R\$)
VALOR TOTAL (R\$)		

Recebido em:	Recebido Por ¹ :
--------------	-----------------------------

¹ Assinar nome por extenso em letra legível.