

# Fundo de Assistência à Saúde da Câmara (FASC)

## 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\$)
<b>VALOR TOTAL (R\$)</b>		

Recebido em:	Recebido Por <sup>1</sup> :
--------------	-----------------------------

<sup>1</sup> Assinar nome por extenso em letra legível.