Fundo de Assistência à Saúde (FAS)

PESSOA JURÍDICA			
Razão social			**CNPJ**
Inscrição Municipal:	**Endereço da Sede**		
Bairro	**Cidade**	**UF**	**CEP**
Telefone / Fax	**E-mail**		**Banco-Agência e C/C**

Nota Fiscal	**Valor (R$)**
VALOR TOTAL (R$):	

Recebido em:	**Recebido Por[1]:**

[1] Assinar nome por extenso em letra legível.