

CI/CENTRO

AUTORIZAÇÃO

Nº -----

Nome: _____

GR ou CPF: _____

Endereço: _____

Município: _____

Procedimento: _____

Prestador: _____

Valor do Procedimento: _____

Pagamento: CI/CENTRO

Data da Autorização

____/____/____

Ass. Paciente

Ass. Município

Consórcio Intermunicipal da Região Centro | RS.

CI/CENTRO

AUTORIZAÇÃO

Nº -----

Nome: _____

GR ou CPF: _____

Endereço: _____

Município: _____

Procedimento: _____

Prestador: _____

Valor do Procedimento: _____

Pagamento: CI/CENTRO

Data da Autorização

____/____/____

Ass. Paciente

Ass. Município

Consórcio Intermunicipal da Região Centro | RS.