

CAMPERJ**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Rua do Ouvidor nº 60 - 6º Andar - Salas 601 a 614 — Tels.: 2224-9269 e 2224-9688 - Fax: 2507-9794

DATA

COMPROVANTE DE SERVIÇOS PRESTADOS A ASSOCIADOS

DOCUMENTO Nº

CREDENCIADO

ENDEREÇO

CIDADE

CNPJ/CPF

FONES

NOME DO ASSOCIADO (TITULAR)

INSCRIÇÃO

TELEFONE

CAMPERJ CAMPERJ — PROAM

NOME DO PACIENTE

GRAU DE PARENTESCO

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

VALOR

PROCEDIMENTO

CÓD. AMB.

CH.

NOTA FISCAL Nº _____ de ____ / ____ / ____

TOTAL R\$

*Local e Data*_____
*Assinatura do Credenciado ou Representante***DECLARO que os serviços acima foram prestados pelo CREDENCIADO e requeiro que a CAMPERJ efetue o pagamento do Benefício correspondente.**_____
*Local e Data*_____
*Assinatura do Associado***ATENÇÃO:** a) Não é necessário prévia autorização para realização de qualquer exame.
b) É indispensável a apresentação da carteira da CAMPERJ