COMPROVANTE DE SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

CAMPERJ
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
[redacted]

	Nº da Guia
Credenciado	
Número do Prestador	
CNPJ/CPF	**Telefone**

Nome do Associado (Titular)	
Matrícula	**Telefone**
Nome do Paciente	

Discriminação dos serviços prestados

Data do Atendimento	Procedimento	Código TUSS	Valor
		Total R$	

Local e Data — *Assinatura do Credenciado ou Representante*

DECLARO que os serviços acima foram prestados pelo CREDENCIADO.

Local e Data — *Assinatura do Associado*

ATENÇÃO: É indispensável a apresentação da carteira da CAMPERJ.