Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense

CISAMUSEP

JUSTIFICATIVA DE GUIAS FORA DO PERÍODO DE FATURAMENTO, EXCLUIDAS OU CÓDIGO DE BARRAS CANCELADO

Prestador: _____

Cidade: _____ **Telefone:** _____

Especificar o motivo e anexar as guias juntamente com a justificativa:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data____/____/____ **Nome completo do solicitante:**_____

Lembramos que esta justificativa é OBRIGATÓRIA entrega-las juntamente com as GUIAS FORA DO PERIODO DE FATURAMENTO, EXCLUIDAS OU CODIGO DE BARRAS CANCELADO.