

**PASBC – Guia de Atendimento****Procedimentos e Serviços Ambulatoriais****Inscrição do paciente**

N° básico \_\_\_\_\_

N° de ordem \_\_\_\_\_

Data do atendimento \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Nome do beneficiário \_\_\_\_\_

Dados do prestador de serviços (CNPJ ou CPF e nome) \_\_\_\_\_

Código	Quant.	Adicional	Discriminação do serviço	Valor em R\$
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**Assinaturas**

Credenciado \_\_\_\_\_

Solicito concessão de benefício para cobertura das despesas acima discriminadas e autorizo o pagamento ao credenciado indicado neste formulário, bem como o desconto em folha de pagamento da parcela de participação a que estou sujeito.

Deseja adiantamento? |  Sim |  Não

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário

**PASBC – Guia de Atendimento****Procedimentos e Serviços Ambulatoriais****Inscrição do paciente**

N° básico \_\_\_\_\_

N° de ordem \_\_\_\_\_

Data do atendimento \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Nome do beneficiário \_\_\_\_\_

Dados do prestador de serviços (CNPJ ou CPF e nome) \_\_\_\_\_

Código	Quant.	Adicional	Discriminação do serviço	Valor em R\$
1 				
2 				
3 				
4 				
5 				
6 				

**Assinaturas**

Credenciado \_\_\_\_\_

Solicito concessão de benefício para cobertura das despesas acima discriminadas e autorizo o pagamento ao credenciado indicado neste formulário, bem como o desconto em folha de pagamento da parcela de participação a que estou sujeito.

Deseja adiantamento? |  Sim |  Não

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário