

Nome ou Razão Social do Credenciado	CPF/CNPJ	Período	Nº do Lote	Data de Recebimento	Assinatura

Nº da Carteira	Nome do Paciente	Data da Realização	Senha	Código do Procedimento	Valor	Assinatura
				Total		

Carimbo e Assinatura do Prestador de Serviço	Agros – Instituto UFV de Seguridade Social Av. Purdue, s/n Campus da UFV Viçosa-MG 36570-900 Fone: (31) 3899-6550 - Ramais 6515, 6516, 6517, 6519, 6521, 6522 e 6523
---	--

- * Campos hachurados serão preenchidos pela operadora.
- * Não são permitidas rasuras no preenchimento do relatório (Corretivo é considerado rasura). Em caso de erro, anular a linha e utilizar a próxima.
- * Preencher o nome completo do beneficiário, conforme consta na carteira. Não são aceitas abreviações no primeiro e último nome.
- * Credenciado: Preencher conforme contrato (Pessoa Física ou Jurídica).
- * A autorização deve ser emitida no momento do atendimento do beneficiário.