



CAPA DE PROCESSO

FILIAL: _____
MÊS/ANO REF.: ____/____/____
DATA DA ENTREGA ____/____/____
DATA PAGAMENTO: ____/____/____
PROCESSO N° _____

CREDCIADO
NOME

CNPJ/CPF

TIPO DE DOCUMENTO	<u>QTDE.PROCDS.</u>	<u>QTDE.DOCS.</u>	<u>VALOR CORRESP.</u>
- REGISTRO DE CONSULTA	_____	_____	R\$ _____
- GUIAS DE EXAMES	_____	_____	R\$ _____
- GUIAS DE FISIOT./NEBULIZAÇÃO.	_____	_____	R\$ _____
- GUIAS DE PEQ. ATEND.	_____	_____	R\$ _____
- GUIAS DE INTERNAÇÃO	_____	_____	R\$ _____
- OUTROS	_____	_____	R\$ _____

VALOR TOTAL _____

VALOR POR EXTENSO (_____)

CONTRIBUINTE DO INSS COMO PRESTADOR AUTÔNOMO?

() SIM () NÃO

NO CASO AFIRMATIVO

- INFORMAR VALOR BASE DE CÁLCULO DA CONTRIBUIÇÃO R\$ _____
ANEXAR COMPROVANTE, AUTENTICAÇÃO DO ÚLTIMO PAGAMENTO:

BANCO	AGÊNCIA	Nº CONTA CORRENTE	ALTERAÇÃO () SIM () NÃO
-------	---------	-------------------	------------------------------

CREDCIADO ASSINATURA C/ CARIMBO	DATA	ASSEM ASSINATURA C/ CARIMBO	DATA RECEB.	VISTO ANALISTA
------------------------------------	------	--------------------------------	-------------	----------------

MATRIZ: SERGIPE-SE (79) 3259-3150 - E-mail: assem@assemse.com.br