LISTA DE PRESENÇA TERAPIAS (REEMBOLSO)

Paciente: _____

Diagnóstico: _____

N° de sessões:_____

Data	Assinatura do Paciente

Carimbo e assinatura do profissional assistente:_____

Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG
Fones: (31) 3298-5805 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: reembolso@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8