



CAPESAÚDE
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

CAPA DE PROCESSO

1- CPF/CNPJ

2- Prestador de Serviços

RELAÇÃO DE GTO'S ENVIADAS

NÚMERO DA GTO	NOME BENEFICIÁRIO/MATRÍCULA	QUANTIDADE DE RXs ENVIADOS	VALOR DA GTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

3- Data de envio das GTO's

4- Assinatura do Prestador

Reservado à Gerência Regional

Data de recebimento das GTO's

1ª via - CAPESAÚDE
2ª via - PRESTADOR DE SERVIÇOS