



Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da Celg

ANS 36146-1

RECIBO

DATA: ____/____/____

Eu, _____ CPF N° _____

CRM n° _____ Inscrição ISSQN n° _____, Inscrição INSS n° _____ com local
de atendimento situado à _____

Setor _____, CEP _____ Cidade/Estado _____

Fone: _____ recebi da Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CELG - CELGMED,

CNPJ n° 37.880.952/0001-57, a importância de R\$ _____ (_____

_____),

referente a atendimento médico-hospitalar aos seus usuários

Carimbo / Assinatura

Obs.: A CELGMED estará fornecendo este, sem quaisquer ônus para seu prestador de serviço, porém é estritamente necessário o preenchimento de todos os campos citados, sujeito a cancelamento do pagamento.