



Fundo de Assistência à Saúde do Servidor Público  
do Município de Balneário Camboriú  
GUIA DE CONSULTA



Prestador: \_\_\_\_\_

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

Cód. Proc.	Beneficiário	Matrícula	Data	Autorização	Assinatura

Profissional

Nome: \_\_\_\_\_

Nº Conselho: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_