

ILMO. SR. SUPERINTENDENTE DO INSTITUTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO
CEARÁ - ISSEC

CÓDIGO DE AUTORIZAÇÃO: _____

_____, CREDENCIADO(A)
NESTE INSTITUTO COMO _____, REALIZANDO SEUS
SERVIÇOS PROFISSIONAIS NA CIDADE DE _____, VEM,
MUI RESPEITOSAMENTE, SOLICITAR A V. SA., QUE SE DIGNE AUTORIZAR O PAGAMENTO
DE R\$ _____ (_____
_____).

REFERENTE AOS ATENDIMENTOS DE BENEFICIÁRIOS DO ISSEC DURANTE O MÊS DE
_____ DE _____, DE ACORDO COM O CONTRATO DE CREDENCIAMENTO EM
VIGOR.

N. TERMOS

PEDE DEFERIMENTO.

_____, _____ DE _____ DE _____

CARIMBO E ASSINATURA

ENDEREÇO DO CREDENCIADO _____

_____ TELEFONE _____

LMD