CONTINGENCIA. REGISTRO DE TRANSACCIONES.

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y apellido: _____ Mat. Pcial. _____ CUIT: _____

Lugar de atención: _____ Especialidad: _____ Vía facturación: _____

Motivo de la contingencia: _____ Fecha: _____

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y N° DOCUMENTO	VERSIÓN CREDENCIAL	PRESTACIONES	COSEGURO	CÓDIGO RRN	FIRMA DEL AFILIADO