



Lote(s): _____

Preenchimento obrigatório do Prestador

CRENCIADO / ASSOCIADO _____

CÓDIGO _____

CPF OU CNPJ _____

MÊS E ANO _____

HONORÁRIOS/DESPESAS

QUANT.

VALORES

	HONORÁRIOS/DESPESAS	QUANT.	VALORES
1	CONSULTAS		
2	EXAMES		
3	FISIOTERAPIA/NEBULIZAÇÃO/ESCLEROTERAPIA		
4	PEQUENOS ATENDIMENTOS		
5	HONORÁRIOS MÉDICOS		
6	ANESTESIA		
7	DESPESAS HOSPITALARES		

TOTAL

QUANT. DOCUMENTOS
RECEBIDOS

Nº PROCESSO

DATA DA ENTREGA _____/_____/_____

DATA DO VENCIMENTO _____/_____/_____

RECEBIDO POR _____

OBS.: IMPRESCINDÍVEL A APRESENTAÇÃO DESTE PARA PAGAMENTO