

FATURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CRENCIADO

| | | |
|---------------------|------------|------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL | CPF / CNPJ | Nº DO LOTE |
| INSCRIÇÃO INSS | PIS | |

SERVIÇOS MÉDICOS

| MÊS / ANO | USO EXCLUSIVO DO CREDENCIADO | |
|--|------------------------------|-------------|
| DESCRIÇÃO | QTDE. | VALOR (R\$) |
| CONSULTAS | | |
| EXAMES | | |
| HONORÁRIOS MÉDICOS | | |
| DIÁRIAS E TAXAS | | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS | | |
| MATERIAIS ESPECIAIS / ÓRTESE E PRÓTESE | | |
| SADT | | |
| TOTAL APRESENTADO / CREDENCIADO | | |

SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

| MÊS / ANO | USO EXCLUSIVO DO CREDENCIADO | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------|
| DESCRIÇÃO | QTDE. | VALOR (R\$) |
| PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS | | |
| LABORATÓRIO DE PRÓTESE | | |
| TOTAL APRESENTADO / CREDENCIADO | | |

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | OBSERVAÇÕES |
|-------------------------------------|-------------|

ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DO CREDENCIADO - USAR SOMENTE EM CASO DE ALTERAÇÃO -

CRENCIADO

| | | | | |
|---------------------|-------------|------|----------|-----|
| NOME / RAZÃO SOCIAL | CPF / CNPJ | | | |
| RUA / AV. | COMPLEMENTO | SALA | E-MAIL | |
| CIDADE | UF | CEP | TELEFONE | FAX |

DADOS BANCÁRIOS

| | | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|--------------|----------|
| NOME DO BANCO | NÚMERO DO BANCO | NOME DA AGÊNCIA | CÓD. AGÊNCIA | DV. |
| CONTA CORRENTE | CIDADE | UF | CEP | TELEFONE |