

## COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – TRTer Saúde

### DADOS DO CREDENCIADO

Nome ou Razão Social:

### ESPECIALIDADE

RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA

### DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:

Nº TRTer Saúde:

Nome social (se houver):

### DADOS DO ATENDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE

Data

Assinatura e carimbo do credenciado

Declaro, para os devidos fins, que foram executados os procedimentos conforme descritos acima.

Data

Assinatura do beneficiário