

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – TRTer Saúde

DADOS DO CREDENCIADO

Nome ou Razão Social:

ESPECIALIDADE

SERVIÇOS DE VACINAÇÃO

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