

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

| | |
|---|---|
| Credenciado (nome ou razão social) | Especialidade <input type="checkbox"/> Fisioterapia - RPG <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Médico perito |
| Nome do Beneficiário | Inscrição n° |
| Descrição do procedimento | Quantidade |
| Data da emissão ____/____/____ _____ Assinatura/carimbo Credenciado | Declaro que foram prestados os serviços constantes desta guia. Data ____/____/____ _____ Assinatura Beneficiário |
| Obs.: Para cada sessão de RPG e Psicologia, datar e colher assinatura do beneficiário no verso. | |