JUSTIÇA DO TRABALHO
TRT da 3ª Região (MG)

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Saúde

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – TRTer Saúde

DADOS DO CREDENCIADO

Nome ou Razão Social:

ESPECIALIDADE

☐ SERVIÇOS DE VACINAÇÃO

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome: **N° TRTer Saúde:**

Nome social *(se houver):*

DADOS DO ATENDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO Declaro, para os devidos fins, que foram executados os seguintes procedimentos.	ASSINATURA BENEFICIÁRIO

Data	Assinatura e carimbo do credenciado

NÃO ESQUEÇA DE CONFERIR A CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO.