

NOME DA CREDENCIADA:

CNPJ:

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE:

O Escola de Aprendizes-Marinheiros de Pernambuco deve à (Nome da Credenciada), CNPJ (xxxxx), a importância de R\$ (Valor em números e por Extenso) referente a (quantidade total de usuários faturados) dependentes de militares e servidores civis da Marinha, referente aos serviços prestados no \_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_ (ano).

PLANILHA DE SERVIÇOS PRESTADOS EM (MÊS DO SERVIÇO)

		PRESCRIÇÃO DO GAAPE					CLÍNICA - SERVIÇOS REALIZADOS		
Nº	NOME DO PACIENTE E DO RESPONSÁVEL	REGIME DE ATENDIMENTO/ SERVIÇOS ADICIONAIS	TERAPIAS PRESCRITAS PELO GAAPE (DE ACORDO COM O ÚLTIMO OFÍCIO)	QTD/ SEMANA	QTD MENSAL	TOTAL MENSAL PRESCRITO	QTD MENSAL REALIZADA	TOTAL MENSAL REALIZADAS	VALOR MENSAL (correspondente ao total de sessões realizadas, em cada regime, de acordo com a Tabela de Preços, Ap. I)
1	Usuário (a)	Ex.: EXTERNATO (PRESENCIAL)	FONOAUDIOLOGIA	2	8	20	7	15	R\$ 1.230,97
			TERAPIA OCUPACIONAL	2	8		5		
			PSICOLOGIA	1	4		3		
	Responsável	Ex.: OFICINAS	OF. PEDAGÓGICAS	3	12	24	17		R\$ 735,58
			OF. TERAPÊUTICAS	3	12				
2	Usuário (a)	Ex. EXTERNATO (PRESENCIAL)	PSICOMOTRICIDADE	1	4	24	3	19	R\$ 1.463,80
			PSICOLOGIA	1	4		4		
			TERAPIA OCUPACIONAL	1	4		4		
	Responsável		EQUOTERAPIA	1	4		2		
			FONOAUDIOLOGIA	1	4		3		
			MUSICOTERAPIA	1	4		3		

=====

**TOTAL DE USUÁRIOS (AS) FATURADOS:** \_\_\_\_\_ (citar em números)

**VALOR FINAL**..... R\$ \_\_\_\_\_

Local, UF, em \_\_ de \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável da Clínica**

\_\_\_\_\_  
**Rubrica e carimbo do (a) Fiscal do Contrato do NAS**