

NOME DA CREDENCIADA:									
CNPJ:									
BANCO:									
AGÊNCIA:									
CONTA CORRENTE:									
O Núcleo de Assistência Social do Comando do 7º Distrito Naval deve à (Nome da Credenciada), CNPJ (____.____.____/____-____), 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)									
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

O Modelo acima foi conferido.

Brasília, DF, na data da assinatura.

JAILSON DA SILVA DOS SANTOS
 Capitão de Corveta (RM1-AFN)
 Membro da Equipe de Planejamento e Responsável pela Demanda
 ASSINADO DIGITALMENTE