

ANEXO M - MODELO DE DEMONSTRATIVO MENSAL

**NOME DA CLÍNICA
MÊS / ANO**

NOME DO PACIENTE (POR ORDEM ALFABÉTICA)	PROCEDIMENTO	PLANO TERAPÊUTICO MENSAL PRESCRITO PELO GAAPE	Nº DE SESSÕES REALIZADAS NO MÊS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
MODALIDADE DE ATENDIMENTO					
TOTAL DO PACIENTE					

MODALIDADE DE ATENDIMENTO					
TOTAL DO PACIENTE					

MODALIDADE DE ATENDIMENTO					
TOTAL DO PACIENTE					

TOTAL DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS					
--	--	--	--	--	--



EM BRANCO