

PLANINHA DE SERVIÇOS PRESTADOS EM (MÊS/ANO)					
<p>RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA/CONSULTÓRIO CNPJ Nº _____ Insc. Munic. ou CPF Nº _____ (em caso de profissional autônomo) Insc. no Conselho de Classe respectivo</p> <p>Banco (nome e nº) – Agência – Nº Conta</p> <p>“O _____ (citar OM responsável pelo Edital de Credenciamento) deve ao _____ (citar nome da clínica ou profissional de saúde autônomo, conforme o caso) a importância de R\$ _____ (citar valor total do serviço prestado) referente à _____ (citar nº de pacientes) pacientes dependentes de servidores militares e civis da Marinha do Brasil, em regimes de _____ (regimes de atendimento), conforme mencionados abaixo, durante o mês de _____ (citar mês) de _____ (citar ano)”.</p>					
Nomes dos Pacientes	Responsável (Posto, graduação e nome)	Regime de atendimento	Especialidade	Quantidade de Sessões	Valor R\$
Ex.: Maria Rodrigues	Ex.: 3ºSG Fernando Rodrigues	Ex.: Ambulatorial, Externato, Integral, etc.	Ex.: Fonoaudiologia	Ex.: 2	Citar valor total por usuário
			Psicologia	3	
			Fisioterapia	3	

			Psicomotricidade	2
			Equoterapia	1

Total de pacientes: _____ (citar em números)

Total de Sessões por de especialidade:

Ex.:

Fonoaudiologia	2
Psicologia	3
Fisioterapia	3
Psicomotricidade	2
Equoterapia	1

Valor total do serviço prestado R\$ _____

DESCONTO OU COMPLEMENTO (-) OU (+) R\$ _____

VALOR FINAL R\$ _____

_____ de _____ de _____.
 Local UF

 Assinatura do Responsável da Clínica