

Timbre da empresa

A POLICLÍNICA NAVAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Nome ou Razão Social:	
CPF/CNPJ:	Insc. Municipal:
Endereço:	
CEP:	Telefone:
E-mail:	

Mediante entrega de relatório de produção. CLINICA CONVENIADA COM PNSPA, vem requerer a V.S. que autorize processar o pagamento da fatura de serviços prestados a este município, referente ao período de MÊS/ANO.

Valor total: R\$ X.XXXX,XX

BANCO:

Agência:

Conta-Corrente:

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS

OBS: Os procedimentos abaixo descritos são meramente ilustrativos, devendo ser relacionados de acordo com os serviços prestados, pela Credenciada.

Procedimento	Cod. CBHPM/ TUSS	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Internações Hospitalares Enf. Adulto				
Internações UTI Adulto				
Atendimentos de Emergência Adulto				
Internações Hospitalares Enf. Pediátrico				
Internações UTI Pediátrico				
Atendimentos de Emergência Pediátrico				
Imobilizações				
Exame xxxxxxxx				
Exame xxxxxxxx				
Consulta xxxxx (especialidade)				
Valor total				

Atenciosamente,

_____, RJ ____/____/____.

Carimbo da Credenciada

Assinatura
Responsável Legal da Credenciada