



Controle de Remessa de Guias/ Faturas

CNPJ ou CPF Credenciado		Nome/ Razão Social	
-------------------------	--	--------------------	--

Código do Prestador		RESUMO DA CONTA	CONSULTAS		EXAMES PROCEDIMENTOS		CIRURGIAS	
Período do Faturamento			Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor
____/____/____ a ____/____/____								
			TOTAL GERAL		Qtde.		Valor	

Entregue por:
Nome: _____ Data da Entrega ____/____/____

Recebido por:
Nome: _____ Data do Recebimento ____/____/____