



CAPA DE PROTOCOLO

Nº CREDENCIADO

MOV. REF. MÊS

____/____/____

PRESTADOR DE SERVIÇO - CPF/CNPJ

NOME / RAZÃO SOCIAL

EVENTOS	QTDE.	VALOR
Atendimentos Ambulatoriais		
Exames Complementares		
Terapias		
Internações		
Clínicas		
Cirurgias		
Parto Normal		
Cesariana		
Consultas Médicas		
Demais Despesas Assistenciais		
Total de Eventos		