 **CONTROLE DE ATENDIMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Profissional: |  |  |
| CPF: Telefones: |  |  |
| Paciente: Tomador:   |  |  |
| Banco: Agência: Conta:  |  |
|  Mês Vigente:  |  |
| HOR | **Horario** | **Horário** | **Horário** | **Horário**  |  **Valor unitário**  | **Valor total** |
| 01 |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
|  **TOTAL DE PROCEDIMENTOS**:  | **VALOR TOTAL**  |
| O profissional é responsável pelo seu controle de atendimento. Sem o encaminhamento desta folha não será efetuado o repasse dos atendimentos. Esta folha deverá ser encaminhada até o dia 3 do mês seguinte ao atendimento. Envie para o e-mail: **financeiro@conceitoenfermagem.com.br** |  |