 **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** | | | | | | |  |