**PROCEDIMENTO PONTUAL**

**SAÚDE CARE**

|  |  |
| --- | --- |
| Profissional: Coren: |  |
| Dados Bancários: CPF: |  |
| Nome do paciente: Convênio: |  |
| Se deposito for em conta de terceiros favor informar nome, CPF e dados bancários: |
| Descrever procedimentos realizados: Mês Vigente: |
| Data | PROCEDIMENTO | PROCEDIMENTO | PROCEDIMENTO | PROCEDIMENTO  | Ass. Família legível |
|  | HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO | HORÁRIO |  |
| 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 DOS PROCEDIMENTOS**:  |
| Encaminhar até o dia 02 do mês subsequente ao atendimento para o e-mail financeiro@bemestarspenfermagem.com.br ou escanear no celular e enviar p/ (11) 96952-7671 |