



LOGO / NOME DA EMPRESA
RAZÃO SOCIAL, CNPJ
ENDEREÇO + TELEFONE

NOTA DE CONFERÊNCIA DE SERVIÇO

Data: ____/____/____

Serviço na área de: Ex. "Laboratório" ... "Plantão hospitalar" ... "Fisioterapia" ...

Período da prestação do serviço: Ex. "Janeiro /2010"

Descrição do serviço:

Código SUS	Descrição	Nome	Qde	Val.Unit	Total (R\$)

Sub-Total (bruto)	R\$ 0,00
--------------------------	-----------------

DESCONTOS	Valor
TOTAL	0,00

TOTAL GERAL (líquido)
R\$ 0,00

Obs. A Nota Fiscal será emitida após assinatura do contrato junto a Prefeitura.

<hr/> <i>Assinatura Prestador</i>	<hr/> <i>Assinatura Sec. Saúde (após conferir)</i>
-----------------------------------	--