

CRENCIADO: \_\_\_\_\_

CNPJ / CPF: \_\_\_\_\_

MÊS / ANO: \_\_\_\_\_

Tipo de Guia	Quantidade de Guia	Valor Apresentado
Consultas	_____	R\$ _____
SP-SADT - EXAMES	_____	R\$ _____
SP-SADT - PRONTO SOCORRO/TERAPIAS	_____	R\$ _____
Internação	_____	R\$ _____
Total	_____	R\$ _____

## GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL

Qt	NOME PRESTADOR	CRM	COOP.	CPF/CNPJ	VALOR R\$
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

## RECOMENDAÇÕES

1. Relacionar apenas os médicos credenciados a CELGMED cujos honorários deverão ser pagos para os mesmos;
2. Para os casos em que os honorários deverão ser pagos às COOPERATIVAS, relacionar o médico indicando na frente a cooperativa credenciada a Celgmed, para efetuarmos o pagamento;
3. Entrega de faturas - Do dia 01 a 05 (dias corridos)
4. Entrega de Nota Fiscal - 25 a 30

## PROTOCOLO