



Remessa de Guias de Atendimento

Dados do Prestador de Serviços

CNPJ / CPF

Nome

Contato para Faturamento

Nome

Email

Telefone

Relação das guias de atendimento

Matrícula STF-Med	Nº da guia	Valor da guia (R\$)	Matrícula STF-Med	Nº da guia	Valor da guia (R\$)
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

Valor da remessa R\$

Local

Data

Assinatura do prestador de serviços

____ / ____ / ____



Remessa de Guias de Atendimento

Dados do Prestador de Serviços

CNPJ / CPF

Nome

Contato para Faturamento

Nome

Email

Telefone

Relação das guias de atendimento

Matricula STF-Med	Nº da guia	Valor da guia (R\$)	Matricula STF-Med	Nº da guia	Valor da guia (R\$)
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

Valor da remessa R\$

Local

Data

Assinatura do prestador de serviços

____ / ____ / ____

