ANEXO I

Nome da Instituição (usar papel timbrado)

Termo De Contrato nº

Procedimentos Ambulatoriais - EQUOTERAPIA

Competência: _____/_____						
SIA						
Sequência	**Nº do CNS**	**Nome do Paciente (usar somente inicias)**	**Data de Nascimento**	**Unidade de Referência**	**Procedimento**	**Atendimento (Data da vaga no SIGA)**
1	08000.xxx.xxx.xxx.	E.P.C	___/___/____			
2	08000.xxx.xxx.xxx.	E.P.C	___/___/____			
3						

São Paulo, de de 20_____

_____

Assinatura da Representante legal

A CONTRATADA se compromete a apresentar os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados e contidos no ANEXO I, à Divisão de Avaliação e Controle da Assistência Complementar, até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, devidamente assinado pelo responsável legal.

MINUTA