**MODELO DE FATURA MÉDICA **

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA** | **SEU LOGOTIPO** |
| Linha de endereço 1 |  | **N.º DA FATURA** |   |
| Linha de endereço 2 |  | **ID DO PACIENTE** |   |
| Cidade, Estado, 12345 |  | **DATA DO SVC** |   |
| Telefone: (00) 0000-0000 |  | **DATA DA FATURA** |   |
| Fax: (00) 0000-0000 |  | **PRAZO FINAL** |   |
| endereço web |  |  |  | FATURA MÉDICA |
|  |  |  |  |  |  |
| **COBRAR DE** |  | **ID SVC** | **SERVIÇO MÉDICO** | **MEDICAÇÃO** | **CUSTO** |
| [ NOME ] |  |   |   |   |  |
| [ NOME ADICIONAL ] |  |   |   |   |  |
| [ LINHA DE ENDEREÇO 1 ] |  |   |   |   |  |
| [ LINHA DE ENDEREÇO 2 ] |  |   |   |   |  |
| [ CIDADE, ESTADO, CEP] |  |   |   |   |  |
| [ TELEFONE ] |  |   |   |   |  |
| [ E-MAIL ] |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| *Em caso de dúvidas sobre esta fatura, entre em contato com* |  |   |   |   |  |
|  | CONDIÇÕES |   | **SUBTOTAL** | 0,00 |
| Nome |  |  | digite a porcentagem da **TAXA DE IMPOSTO** | 0,000% |
| (32) 1456-7890 |  | **IMPOSTOS TOTAIS** | 0,00 |
| Endereço de e-mail |  | **OUTROS** | 0,00 |
| Endereço web |  | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |