**MODELO DE FATURA MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA** | **SEU LOGOTIPO** |
| Endereço Linha 1 |  | **FATURA Nº.** |   |
| Linha de endereço 2 |  | **ID DO PACIENTE** |   |
| Cidade, Estado 12345 |  | **DATA DO SSHEET** |   |
| Telefone: (000) 000-0000 |  | **DATA DA FATURA** |   |
| Fax: (000) 000-0000 |  | **VENCIMENTO DA DATA** |   |
| endereço da web |  |  |  | FATURA MÉDICA |
|  |  |  |  |  |  |
| **PROJETO DE LEI PARA** |  | **ID de SSHEET** | **SERVIÇO MÉDICO** | **MEDICAÇÃO** | **CUSTO** |
| [NOME] |  |   |   |   |  |
| [NOME ADICIONAL] |  |   |   |   |  |
| [ LINHA DE ENDEREÇO 1 ] |  |   |   |   |  |
| [LINHA DE ENDEREÇO 2] |  |   |   |   |  |
| [CIDADE, ESTADO, ZIP] |  |   |   |   |  |
| [TELEFONE] |  |   |   |   |  |
| [E-MAIL] |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| *Para obter dúvidas sobre esta fatura, entre em contato:* |  |   |   |   |  |
|  | TERMOS |   | **SUBTOTAL** | 0.00 |
| Nome |  |  | entrar taxa de **imposto percentual** | 0.000% |
| (321) 456-7890 |  | **IMPOSTO TOTAL** | 0.00 |
| Endereço de e-mail |  | **OUTROS** | 0.00 |
| Endereço web |  | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **DISCLAIMER**Todos os artigos, modelos ou informações fornecidos pelo Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fazemos representações ou garantias de qualquer tipo, expressas ou implícitos, sobre a completude, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade em relação ao site ou às informações, artigos, modelos ou gráficos relacionados contidos no site. Qualquer dependência que você deposita em tais informações está, portanto, estritamente em seu próprio risco. |