

MÉDICO: FULANO DE TAL

OBSERVAÇÕES:

xx:yy		+
--------------	--	---

ww:yy		+
--------------	--	---

kk:yy		+
--------------	--	---

pp:yy		+
--------------	--	---

aa:yy		+
--------------	--	---

bb:yy		+
--------------	--	---

rr:yy		+
--------------	--	---

ss:yy		+
--------------	--	---

XX:YY [] -

NOME DO DONO : []

NOME DO ANIMAL: []

RGHUMV: []

TELEFONE: []

ESPÉCIE: []

CPF/CNPJ: []

MOTIVO: []

E-MAIL: []

OBSERVAÇÕES: []

PRIMEIRA VEZ? ☐ SIM ☐ NÃO

TIPO DE COBRANÇA: ☐ VALOR NORMAL

☐ VALOR AULA

☐ ISENÇÃO

☐ DESCONTO ☐ %

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: []

NOME DO PROCEDIMENTO: []

VALOR A SER COBRADO: []

ALTERAR

REMOVER

OK

CANCELAR