

Recibo de Honorários Médicos

_____ (nome do médico),
CRM _____, CPF _____, declaro ter recebido do(a)
Sr.(a) _____ CPF _____, a
importância de R\$ _____
referente ao acompanhamento presencial ao trabalho de parto da
Sra. _____, de acordo com o contrato
assinado entre as partes.

_____, ____ de _____ de _____.

(nome e assinatura do profissional)