

Recibo de Prestação de Serviços

Modelo para clínicas de saúde e estética

RECIBO Nº _____

Recebi de (nome do pagador)	CPF/CNPJ
A importância de (R\$)	Valor por extenso
Referente a (serviço/procedimento prestado)	
Forma de pagamento (dinheiro, Pix, cartão, link de cobrança)	Data do pagamento

EMITENTE

Nome da clínica / profissional	CPF/CNPJ
Endereço	Telefone

Para clareza, firmo o presente recibo, dando plena e total quitação do valor acima descrito.

Cidade e data

Assinatura do emitente

Dica: recibo não substitui nota fiscal quando ela for exigível. Consulte seu contador. Com o CheckApp, você envia links de cobrança e registra pagamentos direto no cadastro do paciente.