

Rubrica

APÊNDICE B DO TERMO DE REFERÊNCIA  
RELATÓRIO PÓS-CIRÚRGICO

LOGO DA EMPRESA

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(\_\_\_\_)

Nº de controle do Pós

Ao

Hospital Militar de Área de São Paulo

Ref. Pós Cirúrgico Nº \_\_\_\_\_

Cód.	Material	Qtd	Valor Unt. (R\$)	Anvisa conforme proposta
T0000	_____	_____	_____	_____

Valor Total: R\$ \_\_\_\_\_

Data do Procedimento: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

NOME DA EMPRESA \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

CONTATO COMERCIAL \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DA EMPRESA