_____

_____
Rubrica

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 _____