ANEXO II B - TERMO DE REFERÊNCIA

MODELO COBRANÇA ELETIVOS I GERES / RECURSOS E CONSENSO

Obs.: Todas as cobranças serão nesse modelo, o qual que deverá registrar todas as fases das análises.

HOSPITAL	MÊS DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO	P R O D U Ç Ã O E L E T I V O S (ordenar por boletim e este pela valoração do porte											
		BOLETIM	MATRÍCULA	NOME DO PACIENTE	CRM	MÉDICO	DATA DO EVENTO	HORÁRIO	TURNO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	PORTE	% VIA
TOTAL													

Documento assinado eletronicamente por **Shirley Correia dos Santos**, em 03/04/2025, às 15:30, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **65083235** e o código CRC **1AEFF751**.