

ANEXO II A - TERMO DE REFERÊNCIA
MODELO COBRANÇA PLANTÕES / COMPLEMENTO / RECURSO E CONSENSO

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

UNIDADE DE SAÚDE:	
MÊS COBRADO:	
QTD. TOTAL DE PLANTÕES	-
VALOR TOTAL DOS PLANTÕES (anteriormente aprovados)	R\$ -
VALOR TOTAL DOS COMPLEMENTOS DOS PLANTÕES	R\$ -

P L A N T Õ E S												P R O D U C	
HOSPITAL	MÊS DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO	CRM	PLANTONISTA	DATA DO PLANTÃO	TURNO	HORAS (06h ou 12h)	SETOR	VALOR PLANTÃO APRESENTADO	VALOR PLANTÃO APROVADO (análise SES)	VALOR PLANTÃO GLOSADO (análise SES)	MOTIVO DA GLOSA (análise SES)	BOLETIM	MATRÍC
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
								R\$ -	R\$ -	R\$ -			
TOTAL								R\$ -	R\$ -	R\$ -			



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 **65085096** e o código CRC **89965BBC**.