

ANEXO H
(Edital nº 001/15)
NOME DA OCS COM O TIMBRE

ORÇAMENTO

Paciente:

Convênio: **FUSEX**

Código:

Tabela: **CBHPM 5ª EDIÇÃO**

Procedimento:

SERVIÇOS MÉDICOS (NOME DO PROCEDIMENTO) E CÓDIGO		VALOR R\$
Cirurgião		0,00
1º Auxiliar		0,00
2º Auxiliar		0,00
Total R\$		0,00
DIÁRIAS	Valor da diária	Total R\$ 0,00
TAXAS		VALOR R\$
Bisturi		0,00
Sala de Pequena Cirurgia		0,00
Sala de recuperação		0,00
Monitor Cardíaco		0,00
Oxímetro		0,00
Total R\$		0,00
GASOTERAPIA		VALOR R\$
Ar Comprimido		0,00
Gás Carbônico		0,00
Oxigênio		0,00
Total R\$		0,00
MATERIAIS		Total R\$ 0,00
MEDICAMENTOS		Total R\$ 0,00
OPME		VALOR R\$
Total R\$		0,00
TOTAL GERAL		0,00

Atenção: este orçamento é apenas uma previsão das despesas hospitalares, podendo sofrer reduções e/ou acréscimos no valor final do tratamento/faturamento.

Teresina , de de 2016

Atenciosamente,

Assinatura do Gerente de Faturamento ou do faturista