Unimed Costa do Sol

RELAÇÃO DE GTM'S

COOPERADO: **Mês:** **/ 20____**

UNIMED	Nº GTM	NOME PACIENTE	ACOM.	AMB	CH´S	Hospital Unimed	Outros Hospitais	PARTICIPAÇÃO

Obs: PARTICIPAÇÃO: = Cirurgião, Anestesista, 1º Auxiliar, 2º Auxiliar, 3º Auxiliar, Instrumentador, Clínico, Pediatra.
É OBRIGATÓRIO O ENVIO DA RELAÇÃO DE GTM JUNTO COM A PRODUÇÃO PARA O DEVIDO PAGAMENTO