

SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS E FUNDO COMPLEMENTAR DE SAÚDE PEDIDO DE REEMBOLSO

SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS FUNDO COMPLEMENTAR DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO

N.º DE BENEFICIÁRIO SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS _____

NOME COMPLETO DO SÓCIO _____

DESCRIÇÃO	COMPL.	VALOR	OBSERVAÇÕES
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR			
<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> HONORÁRIOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	_____	_____
CONSULTAS, TRATAMENTOS E EXAMES			
<input type="checkbox"/> CONSULTAS	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> TRATAMENTOS	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> HONORÁRIOS DE AMBULATÓRIO	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA/PRÓTESES OCULARES	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	_____	_____
ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL			
<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> PARTO	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA/PRÓTESES DENTÁRIAS	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/>	_____	_____

TOTAL _____

N.º DE DOCUMENTOS ANEXOS _____

Data_____
Assinatura do sócio

Nota: O original deverá ser enviado ao SNQTB Saúde/SAMS Quadros e o duplicado fica em poder do sócio.