

RELAÇÃO DE DESPESAS EFECTUADAS COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA ANEXADAS AO OFÍCIO

Nº _____ DE ____/____/____ DE: EMBAIXADA
CONSULADO
MISSÃO ☐ ☐ ☐ ☐ EM _____

BENEFICIÁRIO N.º SS _____
(N.º do titular, isto é, do funcionário, de acordo com o actual cartão)

NOME DO TITULAR _____
(Nome completo do funcionário)

DATA DO RECIBO	MOEDA	MONTANTE DA DESPESA	TIPO DE DESPESA (1)	TITULAR OU FAMILIAR (2)	OBSERVAÇÕES

Assinatura do Beneficiário Titular _____

(1) Indicar o Tipo de Despesa - Consulta (**C**); Medicamentos (**ME**); análises, radiografias, Trat. Dentário (**MDT**); Óculos, próteses (**MCC**); Termas (**TM**); Internamento Hospitalar (**HSA**); Outros (**DIV**).

As despesas de internamento hospitalar deverão fazer-se acompanhar de relatório médico devidamente traduzido.

(2) Indicação do parentesco através de sigla: T (Titular); C (Conjuge); D (Descendentes); A (Ascendente)

NOTA: Em cada recibo deve constar o nome completo do paciente e o n.º da ADSE tal como consta do actual cartão.

Assinatura do Conferente _____