

RELAÇÃO DE DESPESAS EFECTUADAS COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA ANEXADAS AO OFÍCIO

Nº _____ DE ___/___ / ____ DE: EMBAIXADA
CONSULADO
MISSÃO

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)

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 nº da ADSE tal como consta do actual cartão.

Assinatura do Conferente