

SNQTB SAÚDE E FUNDO COMPLEMENTAR DE SAÚDE

PEDIDO DE REEMBOLSO

SNQTB SAÚDE

FUNDO COMPLEMENTAR DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO

N.º DE BENEFICIÁRIO SNQTB SAÚDE _____

NOME COMPLETO DO SÓCIO _____

DESCRIÇÃO

COMPL.

VALOR

OBSERVAÇÕES

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

INTERNAMENTO

AMBULATÓRIO

HONORÁRIOS MÉDICOS

CONSULTAS, TRATAMENTOS E EXAMES

CONSULTAS

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

TRATAMENTOS

HONORÁRIOS DE AMBULATÓRIO

URGÊNCIA

OFTALMOLOGIA/PRÓTESES OCULARES

MEDICAMENTOS

ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

GRAVIDEZ

PARTO

ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO

ESTOMATOLOGIA/PRÓTESES DENTÁRIAS

OUTROS

TOTAL _____

N.º DE DOCUMENTOS ANEXOS _____

Data_____
Assinatura do sócio

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