

NOME COMPLETO DO SÓCIO _____

N.º DE BENEFICIÁRIO SAMS QUADROS _____

DESCRIÇÃO	COMPL.	VALOR DA DESPESA	OBSERVAÇÕES
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR			
INTERNAMENTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
HONORÁRIOS MÉDICOS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
CONSULTAS, TRATAMENTOS E EXAMES			
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"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL			
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"/>	<input type="checkbox"/>	_____

assinatura do sócio _____

data _____

TOTAL

n.º de documentos anexos _____