



# SAMS QUADROS

E FUNDO COMPLEMENTAR DE SAÚDE

SAMS / QUADROS   
FUNDO COMP. SAÚDE

# PEDIDO DE REEMBOLSO

Nº \_\_\_\_\_ ORIGINAL

NOME COMPLETO DO SÓCIO \_\_\_\_\_

Nº DE BENEFICÁRIO SAMS QUADROS \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO SÓCIO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**TOTAL** \_\_\_\_\_

Nº DE DOCUMENTOS EM ANEXO \_\_\_\_\_

ORIGINAL - deverá ser enviado ao SAMS/QUADROS DUPLICADO - fica em poder do sócio.