

NOME COMPLETO DO SÓCIO _____

Nº DE BENEFICIÁRIO SAMS QUADROS _____

DESIGNAÇÃO DOS ATOS MÉDICOS	CÓDIGO ATO	ACORDOS A 100%	VALOR PAGO P/ BENEFICIÁRIO (a)	VALOR A PAGAR P/ SAMS QUADROS
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
VALOR TOTAL PAGO (PELO BENEFICIÁRIO) À ENTIDADE PRESTADORA				€
VALOR TOTAL PAGO (PELO SAMS QUADROS) À ENTIDADE PRESTADORA				€

ENTIDADE PRESTADORA

DATA _____

ASS. _____

CARIMBO

BENEFICIÁRIO

DECLARO QUE ME FORAM EXECUTADOS OS ATOS MÉDICOS PRESCRITOS.

DATA _____ ASS. _____

NOME COMPLETO DO SÓCIO _____

Nº DE BENEFICIÁRIO SAMS QUADROS _____

DESIGNAÇÃO DOS ATOS MÉDICOS	CÓDIGO ATO	ACORDOS A 100%	VALOR PAGO P/ BENEFICIÁRIO (a)	VALOR A PAGAR P/ SAMS QUADROS
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
VALOR TOTAL PAGO (PELO BENEFICIÁRIO) À ENTIDADE PRESTADORA				€
VALOR TOTAL PAGO (PELO SAMS QUADROS) À ENTIDADE PRESTADORA				€

ENTIDADE PRESTADORA

DATA _____

ASS. _____

CARIMBO

BENEFICIÁRIO

DECLARO QUE ME FORAM EXECUTADOS OS ATOS MÉDICOS PRESCRITOS.

DATA _____ ASS. _____