

患者氏名 :

患者 ID :

## Recibo de despesas médicas

Data da emissão: (            Ano            Mês            Dia)

**Nome do hospital :** \_\_\_\_\_

Consulta ambulatorial     Internação     Segunda opinião

**Departamento :** \_\_\_\_\_

**Tipo do seguro :** \_\_\_\_\_ **Cota paga pelo segurado (            %)**

Fatura referente ao período: (Ano/Mês/Dia:    /    /    -    /    /    )

**Número do paciente:** \_\_\_\_\_

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_

	Consulta inicial / retorno	Taxas de internação, etc.	DPC	Taxa de acompanhamento médico, etc.	Assistência médica a domicílio
Pontos do seguro					
Cota paga pelo segurado	ienes	ienes	ienes	ienes	ienes
	Taxa de exames	Diagnóstico por imagens	Taxa de medicação	Taxa de injeção	Reabilitação
Pontos do seguro					
Cota paga pelo segurado	ienes	ienes	ienes	ienes	ienes
	Tratamento especial de psiquiatria	Taxa de tratamento	Taxa de cirurgia	Taxa de transfusão	Taxa de anestesia
Pontos do seguro					
Cota paga pelo segurado	ienes	ienes	ienes	ienes	ienes
	Radioterapia	Patologia	Restauração da coroa / prótese	Taxa de prescrição	Sub-total
Pontos do seguro					
Cota paga pelo segurado	ienes	ienes	ienes	ienes	ienes

	Despesas de refeições hospitalares	Taxa de elaboração de documentos	Taxa de parto	Taxa de uso de acomodação especial	Despesas referentes a tratamento médico não coberto pelo seguro
Cota paga pelo segurado	ienes	ienes	ienes	ienes	ienes
	Outros				Sub-total
Cota paga pelo segurado	ienes				ienes

Obs:

Imposto de consumo		Valor recebido
Valor tributável do imposto	Valor do imposto de consumo	
ienes	ienes	ienes