



REQUERIMENTO DE RECLAMAÇÃO SOBRE VALOR DE TAXAS MODERADORAS EM DÍVIDA/REEMBOLSOS

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	Nome:	
	Morada (domicílio fiscal):	
	Localidade:	Código Postal:
	N.º de utente do SNS:	N.º de contribuinte:
	Email:	Contacto telefónico:

IDENTIFICAÇÃO DO OBJECTO DE RECLAMAÇÃO	Nome da unidade de saúde responsável:	N.º do aviso:	
	Reclamação sobre a totalidade dos valores em dívida?	SIM	NÃO
	Se reclama sobre parte dos valores em dívida, identificar:		
	Nome da(s) unidade(s) de saúde	Valor(es) em dívida	

IDENTIFICAÇÃO DO MOTIVO DA RECLAMAÇÃO (assinalar com um X)	Isento à data da prestação de saúde (anexar comprovativo)	
	Dispensado à data da prestação de saúde (anexar comprovativo)	
	Situação já regularizada (anexar comprovativo)	
	Prestação de saúde não realizada	
	Erro no(s) valor(es) indicado(s)	
	Erro no(s) descritivo(s) do(s) episódio(s)	
	Outro (indicar e anexar comprovativo, se necessário):	

Recebido em / /

.....
(carimbo e assinatura do funcionário)

Termos em que peço deferimento.

/ /

.....
(assinatura do requerente)