S R.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA

GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

DIREÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

MAPA RESUMO DE DESPESAS

Anexo III

Mês:

Ano:

NOME DO PRESTADOR:

CÓDIGO PRESTADOR:

Identificação do Beneficiário		**Ato Médico**			**Valores**			
Nº.	Nome	Dia	Descrição	Código	Nº. Recibo	SAD	Beneficiário	Total
					TOTAL			

Localidade e Data:

O Responsável Técnico,

_____