



MINISTÉRIO DA SAÚDE

VERBETE DE IDENTIFICAÇÃO DO LOTE
MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS

Factura Nº _____

| |

**Entidade
Prestadora**

Código da entidade

NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

| | | | |
|----------|-----------------------------|----------|----------------------|
| A | ANÁLISES CLÍNICAS | H | OTORRINOLARINGOLOGIA |
| B | ANATOMIA PATOLÓGICA | I | PNEUMO E IMUNOALERG. |
| C | CARDIOLOGIA | J | UROLOGIA |
| D | MEDICINA NUCLEAR | L | NEUROFISIOLOGIA |
| E | ELECTROENCEFALOGRAFIA | M | RADIOLOGIA |
| F | ENDOSCOPIA GASTROENT. | N | CONSULTAS |
| G | MEDICINA FÍSICA E REABILIT. | O | PSICOLOGIA |

| NÚMERO SEQUENCIAL | CÓD. TIPO * | NÚMERO DE REQUISIÇÕES | VALOR DAS PRESTAÇÕES(€) | VALOR DOS DOMICÍLIOS (€) | TAXAS MODERADORAS (€) |
|-------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | | | | |

- *
 (0) REQUISIÇÕES NORMAIS
 (1) REQUISIÇÕES DE DOENTES PROFISSIONAIS
 (2) REQUISIÇÕES DE MIGRANTES