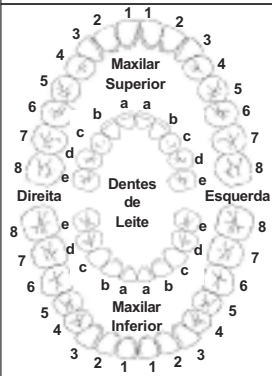


REEMBOLSO DE DESPESAS - TRATAMENTO DENTÁRIO

db Saúde +

Nome da Pessoa Tratada		Data de Nascimento <input type="text"/>	Tomador do Seguro <input type="checkbox"/>	Cônjuge <input type="checkbox"/>	Filho <input type="checkbox"/>
Nome do Estomatologista / Médico Dentista / Médico Odontologista			Nº. da Ordem dos Médicos Dentistas		
Morada			Nº. de Telefone		
O tratamento é resultante de acidente? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		Se sim, descrição sucinta e datas:			
É a primeira colocação de prótese? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		Se não, razão da colocação:		Data da colocação anterior <input type="text"/>	
 <p>Indique os dentes em falta com "X"</p>	Data	Dente	Face	Descrição dos Tratamentos (inclui Rx, Profilaxia, Materiais usados, etc.)	Valor da despesa
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Declaro que efectuei os tratamentos acima discriminados.

Data

TOTAL €

Assinatura do Estomatologista / Médico Dentista / Médico Odontologista
OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO MÉDICO DESTA FICHA

Notas:

1. Apresentar sempre os RX pré-operatórios para todos os tratamentos dentários, excepto quando estes se refiram exclusivamente ao uso de amálgama ou a restauração com compósitos e selantes.
2. Quando sejam realizados tratamentos endodônticos ou aplicação de próteses fixas, terão que ser apresentados, além dos RX pré-operatórios, também os RX post-tratamento.

Este pedido deve ser dirigido à:
VICTORIA – Seguros, S.A. –Sinistros Pessoais Individual
Av. Liberdade, 200 1250-147 Lisboa
Telef.: 213 134 476 Fax: 211 124 576