

FICHA DE ESTOMATOLOGIA
REEMBOLSO DE DESPESAS
SEGURO DE SAÚDE

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde
Av. da República, nº 50 - 1º 1050-196 Lisboa
Telef.: 213 134 431 - Fax: 211 124 531

TOMADOR DO SEGURO

Apólice Nº

Nome da Pessoa Tratada

Data de Nascimento

Sócio Cônjuge Filho

INFORMAÇÕES - TRATAMENTO

Nome do Estomatologista / Médico Dentista / Médico Odontologista

Nº da Ordem dos Médicos Dentistas

Morada

Nº de Telefone

O tratamento é resultante de acidente? Não Sim

Se **Sim**, faça uma descrição sucinta e indique as datas:

É a primeira colocação de Prótese? Não Sim

Se **Não**, indique a razão da colocação:

Data da colocação anterior:

Indique os dentes em falta com "x" Dente Face Descrição dos Tratamentos (Inclui Rx, Profilaxia, Materiais usados, etc) Indique a data Valor da despesa

Indique os dentes em falta com "x"	Dente	Face	Descrição dos Tratamentos (Inclui Rx, Profilaxia, Materiais usados, etc)	Indique a data	Valor da despesa
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
Total					€

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Obrigatório o preenchimento médico desta ficha.

Declaro que efetuei os tratamentos acima discriminados.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Estomatologista / Médico Dentista / Médico Odontologista)

NOTAS IMPORTANTES

1. Apresentar sempre os RX pré-operatórios para todos os tratamentos dentários, exceto 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.

WEBDOC VSI FE 01.12

Este impresso pode ser fotocopiado.