

ANEXAR OS JUSTIFICATIVOS

RAMO: **30**       APÓLICE:

**1. TOMADOR DE SEGURO**

Nome Completo

**2. PESSOAS SEGURAS**

Titular do Agregado Familiar (Nome Completo)  Contacto Telefónico

Pessoa Segura (Nome Completo)  Parentesco  
Titular  Cônjuge  Filho  Outro

**3. RELAÇÃO DAS DESPESAS EFETUADAS**

Cuidados de Saúde prestados de	Despesas efetuadas €	Comparticipação de outras entidades €	A cargo do aderente €	Nº de Doc. Enviados	Obs.
<b>INTERNAMENTO HOSPITALAR</b>					
Diárias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(1)
Honorários Intervenções Cirúrgicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(1)
Outros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(1)
<b>ASSISTÊNCIA AMBULATORIA</b>					
Consultas Clínica Geral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Consultas de Especialidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Elementos Auxiliares Diagnóstico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(3)
Tratamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(3)
Transportes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Assistência Hospitalar Regime Externo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>MEDICAMENTOS</b>					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(3)
<b>PRÓTESES E ORTÓTESES</b>					
Aros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Lentes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(3)
Lentes de Contacto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(3)
Outras Próteses e Ortóteses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(3)
<b>ESTOMATOLOGIA</b>					
Consultas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(2)
Tratamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(2)
Próteses / Ortóteses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(2)
<b>PARTO</b>					
Parto Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(1)
Cesariana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(1)
Interrupção Involuntária da Gravidez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(1)
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Benefício Diário por Hospitalização | | | dias (Juntar Boletim de Alta)

(1) Indispensável apresentação de Relatório Médico (mod. 616) (2) Preencher Ficha de Tratamento Dentário (ver verso) (2) Juntar Prescrição Médica

O Titular

Assinatura

