

ANEXAR OS JUSTIFICATIVOS

RAMO: 3 0 0 0 0 0 APÓLICE: 0 0 0 0 0 0 0 0

1. TOMADOR DE SEGURO

Nome Completo

2. PESSOAS SEGURAS

Titular do Agregado Familiar (Nome Completo) Contacto Telefónico

Pessoa Segura (Nome Completo) Parentesco
Titular Cónjuge 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.
INTERNAMENTO HOSPITALAR					
Diárias					(1)
Honorários Intervenções Cirúrgicas					(1)
Outros					(1)
ASSISTÊNCIA AMBULATORIA					
Consultas Clínica Geral					
Consultas de Especialidade					
Elementos Auxiliares Diagnóstico					(3)
Tratamentos					(3)
Transportes					
Assistência Hospitalar Regime Externo					
MEDICAMENTOS					
					(3)
PRÓTESES E ORTÓTESES					
Aros					
Lentes					(3)
Lentes de Contacto					(3)
Outras Próteses e Ortóteses					(3)
ESTOMATOLOGIA					
Consultas					(2)
Tratamentos					(2)
Próteses / Ortóteses					(2)
PARTO					
Parto Normal					(1)
Cesariana					(1)
Interrupção Involuntária da Gravidez					(1)
TOTAL					

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

