

**SEGURO DE SAÚDE**
**PEDIDO DE REEMBOLSO**
**TOMADOR DO SEGURO**

Nome	<input type="text"/>	Apólice Nº	<input type="text"/>
Empregado (Só para seguros de empresa)	<input type="text"/>	Aderente Nº	<input type="text"/>
Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais			
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

**PEDIDO DE REEMBOLSO**

Segue em anexo os recibos de despesas médicas referentes às seguintes Pessoas Seguras:

Nome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>		

**TIPOS DE DESPESAS**

Tipo de despesas	Nº Doc.	Pessoa Segura 1 Despesas	Pessoa Segura 2 Despesas	Pessoa Segura 3 Despesas	Obs.
<b>Internamento Hospitalar</b>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
<b>Consultas, Tratamento e Exames</b>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	
Honorários médicos com consulta	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(6)
Exames complementares de Diagnóstico	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Pequena cirurgia e urgência médica	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(5)
Tratamentos	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(5)
<b>Medicamentos</b>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
<b>Óculos</b>					
Aros	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Lentes	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Lentes de contacto	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Outras Próteses	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2) (5)
<b>Estomatologia</b>					
Consultas	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(4)
Tratamentos	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(4)
Próteses estomatológicas	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(4) (5)
<b>Parto</b>					
Parto Normal	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
Cesariana	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
Interrupção da gravidez	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
<b>Subsidio Diário por Internamento Hospitalar</b>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(3)
<b>Total de documentos / despesas</b>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	

 Se alguma das despesas apresentadas se reportar a um acidente, forneça os seguintes detalhes: Data do Acidente  /  / 

Local	<input type="text"/>
Descrição do Acidente	<input type="text"/>
Unidade hospitalar que prestou assistência	<input type="text"/>
Terceiros responsáveis	<input type="text"/>

**Observações:**

- (1) Obrigatório CIH (Comunicação de Internamento Hospitalar) e exames auxiliares de diagnóstico, excepto pré-autorização;
- (2) Obrigatório juntar prescrição médica com indicação do ICD9;
- (3) Obrigatório anexar declaração da entidade hospitalar com período de internamento e nota de alta ou relatório médico com indicação do ICD9;
- (4) Obrigatório preenchimento da ficha de estomatologia;
- (5) Obrigatório anexar relatório médico com indicação do ICD9;
- (6) Obrigatório indicação da especialidade e do ICD9 no recibo.

Declaro que as despesas apresentadas correspondem aos actos médicos efectivamente prestados.

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (Assinatura do Tomador do Seguro - Empregado)

 Este pedido deve ser dirigido a:  
**VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde**  
 Av. da Liberdade, 200 - 1250-147 LISBOA  
 Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 4531

Este impresso pode ser fotocopiado

