

Uma empresa do
Grupo Segurador **ERGO**

EMPRESA						
NOME DA PESSOA TRATADA			DATA NASCIMENTO	EMPREGADO <input type="checkbox"/>	CÔNJUGE <input type="checkbox"/>	FILHO <input type="checkbox"/>
NOME DO DENTISTA / ESTOMATOLOGISTA / ODONTOLOGISTA				N.º DA ORDEM DOS MÉDICOS		
MORADA				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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE NÃO, RAZÃO DA COLOCAÇÃO		COLOCAÇÃO ANTERIOR DATA <input type="text"/>
<p>INDIQUE OS DENTES EM FALTA COM 'X'</p>	DATA	DENTE	FACE	DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS (INCLUINDO RX, PROFILAXIA, MATERIAIS USADOS, ETC.)	CUSTO	
DECLARO QUE EFECTUEI OS TRATAMENTOS ACIMA DISCRIMINADOS.					TOTAL	

4400048 07.02.50

Data

Assinatura do Dentista / Estomatologista / Odontologista
OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO MÉDICO NESTA FICHA