

**FICHA DE ESTOMATOLOGIA**  
**REEMBOLSO DE DESPESAS**  
**SEGURO DE SAÚDE**

Este pedido deve ser dirigido a:  
**VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde**  
Av. Liberdade, nº 200. 1250 -147 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
<p>Maxilar Superior</p> <p>Dentes de Leite</p> <p>Maxilar Inferior</p>					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
<b>Total</b>					€

**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.