



# PEDIDO DE REEMBOLSO

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 45 31

## SEGURO DE SAÚDE

Apólice Nº

Aderente Nº

### TOMADOR DO SEGURO

Nome **A S S O C I A Ç Ã O P R O F I S S I O N A I S P O L I C I A**

Nome do Associado / Sócio

Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais:

Telef./Tlm.  E-mail

### PEDIDO DE REEMBOLSO

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

Nome

Nome

Nome

### TIPOS DE DESPESAS

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

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

Data do Acidente  /  /  Local

Descrição do Acidente

Unidade hospitalar que prestou assistência

Terceiros responsáveis

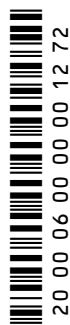
- Observações:**
- (1) Obrigatório CIH (Comunicação de Internamento Hospitalar) e exames auxiliares de diagnóstico, exceto pré-autorização;
  - (2) Obrigatório juntar prescrição médica com indicação do ICD9;
  - (3) Obrigatório anexar declaração da entidade hospitalar com período de internamento e nota 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.

### DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Declaro que as despesas apresentadas correspondem aos atos médicos efetivamente prestados.

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

WEBDOC.ASP 12.13



20 00 06 00 00 00 12 72

Este impresso pode ser fotocopiado.