

**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

Empregado (Só para seguros de empresa)

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

NIB para reembolso de despesas atuais/futuras despesas apresentadas:

**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>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
<b>Consultas, Tratamentos 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>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	
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>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	
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>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	
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

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 SLPR 06.12



Este impresso pode ser fotocopiado.