



Pedido de Reembolso

Nº da Pré-Autorização Nº do Cartão
 Nº do Processo Nº da Apólice

1. Dados do Sinistrado (A ser preenchida pela Pessoa Segura ou Representante Legal) (Utilizar letra de imprensa)

Nome da Pessoa Segura

Sexo M F Data de Nascimento / / NIF

B.I. / Passaporte Nacionalidade

Morada

Município Localidade

Telefone / Telemóvel

E-mail

Nome da Pessoa a Reembolsar (Se diferente da Pessoa Segura)

B.I. / Passaporte (Pessoa a reembolsar)

Valor Total do Recibos Anexos

Valor Total do Recibos Anexos (Por extenso):

Número da Conta bancária

IBAN

2. Descrição da Despesa

Sintomas / Diagnóstico: Especialidade:

Despesas Efectuadas
 Anexar os comprovativos das despesas abaixo indicadas e os impressos (Descrição dos Actos Médicos) preenchidos por cada um dos prestadores.

PRESTAÇÃO		Nº Factura	Sintomas/Diagnóstico	Especialidades	Moeda / Valor
Assistência Hospitalar	Internamento hospitalar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Elementos auxiliares de diagnóstico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tratamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Intervenção cirúrgica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assistência Ambulatória	Consultas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Consultas de urgência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Elementos auxiliares de diagnóstico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Assistência hospitalar regime externo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estomatologia	Tratamento	<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"/>
	Consultas de urgência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Próteses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Pedido de Reembolso

2. Descrição da Despesa (continuação)

PRESTAÇÃO	Nº Factura	Sintomas/Diagnóstico	Especialidades	Moeda / Valor
Medicamentos Prescritos pelo médico	_____	_____	_____	_____
Próteses e Ortóteses Prescritos pelo médico	_____	_____	_____	_____
Parto	Parto normal	_____	_____	_____
	Interrupção involuntária da gravidez	_____	_____	_____
	Cesariana	_____	_____	_____
	Exames auxiliares de diagnóstico	_____	_____	_____
Outros	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Assinatura da Pessoa Segura ou Representante Legal			Localidade	Data []/[]/[]

3. Relatório Médico

Diagnóstico Preliminar (usar folhas anexas sempre que necessário conveniente)

Doença, perturbação ou lesões existentes antes do tratamento (referir detalhadamente a história clínica, nomeadamente, datas da sintomatologia, consultas, exames, tratamento, entre outros)

Exames radiológicos, laboratoriais e outros com significado para o esclarecimento do diagnóstico (anexar os exames a título devolutivo)

(Anexar exame anatomopatológico sempre que tiver sido realizado)

Proteja Seguros, S.A.



Pedido de Reembolso

3. Relatório Médico (continuação)

Tratamento realizado:

Descrição dos actos médicos praticados (Tabela da Ordem dos Médicos)	Código	Unidades/Sessões	Valor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Constituição da Equipa Médica ou Cirúrgica

Cirurgião
 1º Ajudante
 Anestesta
 Parteira
 Outro

Observações

Local de Assistência (hospitalar ou clínica) _____

Período de internamento/ tratamento Total dias/sessões _____ de ____/____/____ até ____/____/____

Data de operação ou início do tratamento ____/____/____

Convalescença pós-operatória (indicar duração e tratamento necessário) _____

O doente ficou curado? Sim Não Indique o seguimento recomendado _____

Médico Responsável (a preencher pelo próprio)

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ Telefone _____

Nº da Ordem dos Médicos _____ Data ____/____/____

(Assinatura)

Proteja Seguros, S.A.

Pedido de Reembolso

4. Análise de Sinistro (continuação – a preencher pela Companhia)



Análise Clínica

Pessoa Segura

Nome da Pessoa a Reembolsar (se diferente da Pessoa Segura):

Valor Total dos Recibos Anexos Valor Total por extenso _____

Local _____ Data ____ / ____ / ____

(Recebido por)

Proteja Seguros, S.A.

NIF: 5417166103 Capital Social: AOA1.000.000.000,00 (1 Bilião de Kwanzas)
Nº de Registo Comercial: Nº 0037-11/110110 Certificado de Licença: Nº13/ISS/MF/12
Morada: Rua José Pedro Tuca, Nº32, Bairro dos Coqueiros, Luanda, Angola
Contactos: +244 933100149/+244914475082 Email: geral@protejaseguros.co.ao
Web: www.protejaseguros.co.ao