

		Seguradora		N.º de cliente constante do cartão do Segurado		Pedido de Reembolso											
DADOS DA PESSOA SEGURA	GEN					<div>Generali</div> <div>+ Saúde</div> <div>Apartado 2216 1102-001 Lisboa Linha Azul: 808 20 20 00</div>											
	Nome																
	Data de Nascimento																
	Número de Contribuinte																
DADOS DO PRESTADOR	Nome					<table><thead><tr><th>Local</th><th>Causa da Doença</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Consultório</td><td><input type="checkbox"/> Trabalho</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hosp.-Ambul.</td><td><input type="checkbox"/> Acidente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hosp.-Intern.</td><td><input type="checkbox"/> Outra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Domicílio</td><td></td></tr></tbody></table>		Local	Causa da Doença	<input type="checkbox"/> Consultório	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Hosp.-Ambul.	<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Hosp.-Intern.	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Domicílio	
	Local	Causa da Doença															
	<input type="checkbox"/> Consultório	<input type="checkbox"/> Trabalho															
<input type="checkbox"/> Hosp.-Ambul.	<input type="checkbox"/> Acidente																
<input type="checkbox"/> Hosp.-Intern.	<input type="checkbox"/> Outra																
<input type="checkbox"/> Domicílio																	
Morada																	
Especialidade																	
<div></div>																	
Indique os dentes submetidos a tratamento com "x"																	
Consultas, Tratamentos e outros Actos Médicos								ICD-9									
Data	Código Nomenclatura	Descritivo	Dente	Face	Quadr.	Valor	Código	Descritivo									
Assinatura e Autorização da Pessoa Segura						Total Cobrado	Assinatura do Prestador										
<small>PRGEN 02/06</small> Autorizo o meu Médico a facultar estas e outras informações necessárias à minha seguradora e à AdvanceCare, incluindo nomeadamente informações referentes a toda e qualquer facturação relacionada com os serviços acima descritos. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de uma utilização fora do âmbito do seguro de saúde.																	

		Seguradora		N.º de cliente constante do cartão do Segurado		Pedido de Reembolso											
DADOS DA PESSOA SEGURA	GEN					<div>Generali</div> <div>+ Saúde</div> <div>Apartado 2216 1102-001 Lisboa Linha Azul: 808 20 20 00</div>											
	Nome																
	Data de Nascimento																
	Número de Contribuinte																
DADOS DO PRESTADOR	Nome					<table><thead><tr><th>Local</th><th>Causa da Doença</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Consultório</td><td><input type="checkbox"/> Trabalho</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hosp.-Ambul.</td><td><input type="checkbox"/> Acidente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hosp.-Intern.</td><td><input type="checkbox"/> Outra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Domicílio</td><td></td></tr></tbody></table>		Local	Causa da Doença	<input type="checkbox"/> Consultório	<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Hosp.-Ambul.	<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Hosp.-Intern.	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Domicílio	
	Local	Causa da Doença															
	<input type="checkbox"/> Consultório	<input type="checkbox"/> Trabalho															
<input type="checkbox"/> Hosp.-Ambul.	<input type="checkbox"/> Acidente																
<input type="checkbox"/> Hosp.-Intern.	<input type="checkbox"/> Outra																
<input type="checkbox"/> Domicílio																	
Morada																	
Especialidade																	
<div></div>																	
Indique os dentes submetidos a tratamento com "x"																	
Consultas, Tratamentos e outros Actos Médicos								ICD-9									
Data	Código Nomenclatura	Descritivo	Dente	Face	Quadr.	Valor	Código	Descritivo									
Assinatura e Autorização da Pessoa Segura						Total Cobrado	Assinatura do Prestador										
<small>PRGEN 02/06</small> Autorizo o meu Médico a facultar estas e outras informações necessárias à minha seguradora e à AdvanceCare, incluindo nomeadamente informações referentes a toda e qualquer facturação relacionada com os serviços acima descritos. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de uma utilização fora do âmbito do seguro de saúde.																	