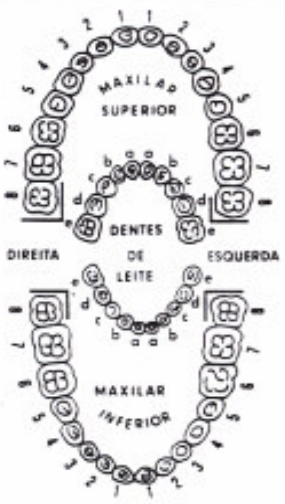
GENERALI
Assicurazioni Generali

REEMBOLSO DE DESPESAS / TRATAMENTO DENTÁRIO

EMPRESA		
NOME DA PESSOA TRATADA	DATA NASCIMENTO ____ / ____ / ____	EMPREGADO ☐ CONJUGE ☐ FILHO ☐
NOME DO MÉDICO DENTISTA / ESTOMATOLOGISTA		N.º ORDEM DOS MÉDICOS / ASS. PROF. MED. DENTISTAS
MORADA		TELEFONE

	NÃO	SIM	
O TRATAMENTO É RESULTANTE DE ACIDENTE?	☐	☐	SE SIM, DESCRIÇÃO SUCINTA E DATAS
É A PRIMEIRA COLOCAÇÃO DE PRÓTESE?	☐	☐	SE NÃO, RAZÃO DA COLOCAÇÃO — COLOCAÇÃO ANTERIOR DATA



INDIQUE OS DENTES EM FALTA C/ "X"

DATA	DENTE	FACE	DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS (INCLUINDO RX, PROFILAXIA, MATERIAIS USADOS, ETC.)	CUSTO
			TOTAL	

DECLARO QUE EFECTUEI OS TRATAMENTOS ACIMA DISCRIMINADOS.

____ / ____ / ____
Data

Assinatura do Médico Dentista / Estomatologista
OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO MÉDICO DESTA FICHA