SNQTB Saúde
SAMS Quadros

FICHA DE REEMBOLSO DE DESPESAS TRATAMENTO DENTÁRIO

BENEFICIÁRIO SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS

NOME COMPLETO DO SÓCIO _____

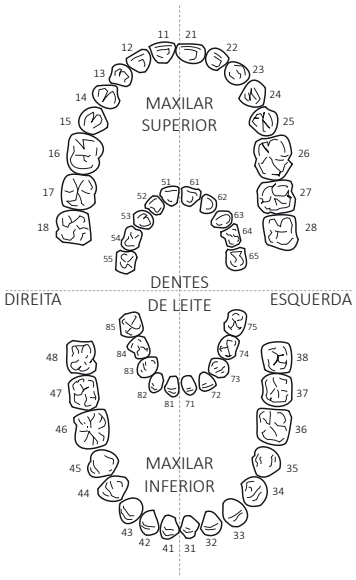
Nº DE BENEFICÁRIO SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS _____

☐ DENTISTA ☐ ESTOMATOLOGISTA

N.º O.M.D. _____ N.º A.P.M.D. _____

NOME _____

CONTACTO _____



PRIMEIRA COLOCAÇÃO DE PRÓTESE SIM ☐ NÃO ☐ COLOCAÇÃO ANTERIOR DATA

SE NÃO, RAZÃO DA COLOCAÇÃO _____

DATA	DENTE	FACE	DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS (Incluindo RX, profilaxia, materiais usados, etc.)	CUSTO

NOTA: INDIQUE OS DENTES EM FALTA COM X

TOTAL _____

BENEFICIÁRIO

DECLARO QUE ME EFETUARAM OS TRATAMENTOS ACIMA DISCRIMINADOS.

_____ Data _____ Assinatura

DENTISTA/ESTOMATOLOGISTA

DECLARO QUE EFETUEI OS TRATAMENTOS ACIMA DISCRIMINADOS.

_____ Data _____ Assinatura

OBSERVAÇÕES

1. Apresentar sempre os RX pré-operatórios para todos os tratamentos dentários, exceto quando estes se refiram exclusivamente ao uso de amálgama ou a restauração com compósitos e selantes.

2. Quando sejam realizados tratamentos endodônticos ou aplicação de próteses fixas terão que ser apresentados, além dos RX pré-operatórios, também os RX pós-tratamento.

3. Os tratamentos só serão pagos após a apresentação desta ficha devidamente assinada pelo médico e beneficiário.

Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários
Rua Pinheiro Chagas, nº 6, 1050-177 Lisboa
www.snqtb.pt