

# ÓPTICA OCULAR EXTREMEÑA

## ENCOMENDA LENTES CONTACTO

### DADOS PESSOAIS

NOME DO BENEFICIÁRIO \_\_\_\_\_

Nº DE BENEFICIÁRIO \_\_\_\_\_

### ENCOMENDA

Nº DE CAIXAS SOLICITADAS \_\_\_\_\_

	DIÂMETRO	R.C.	ENSAIO	ESFERA	CILINDRO	EIXO
OD	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OE	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ESFÉRICA S/N	_____					
TÓRICA S/N	_____					

Prescrição anexa com vinheta identificativa do Oftalmologista/Optometrista.

### ENTREGA

MORADA \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_

Autorizo o fornecimento dos meus dados pessoais e médicos constantes nesta ficha, e a partilha da prescrição médica que a acompanha, à empresa Óptica Ocular Extremeña, pessoa coletiva B06687933, com sede na Calle La Violeta, nº 6-A, 06010 Badajoz.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura

**Nota:** Enviar para [snqtb.saude@snqtb.pt](mailto:snqtb.saude@snqtb.pt) ou em alternativa para SNQTB Saúde/SAMS Quadros - Departamento de Reembolsos - Rua Pinheiro Chagas, nº 6 1050-177 Lisboa.