

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA (A QUEM SE REFEREM AS DESPESAS)

NOME \_\_\_\_\_  
 N° CARTÃO MULTICARE \_\_\_\_\_ N° CLIENTE \_\_\_\_\_  
 N° APÓLICE \_\_\_\_\_  
 TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

### 2. OBSERVAÇÕES (REFERIR INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A GESTÃO DO SEU PROCESSO)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3. DESPESAS

TIPO			TIPO DE DESPESAS		
	QUANTIDADE (#)	VALOR (€)		QUANTIDADE (#)	VALOR (€)
1. INTERNAMENTO		,	6. MEDICAMENTOS		,
2. PARTO NORMAL <input type="checkbox"/> CESARIANA <input type="checkbox"/>		,	7. ORTÓTESES		,
		,	8. PRÓTESES		,
3. CONSULTAS		,	9. ESTOMATOLOGIA		,
4. EXAMES AUXILIARES DIAGNÓSTICO		,	10. OUTRAS		,
5. TRATAMENTOS		,			

### 4. DOCUMENTOS A APRESENTAR (ENVIE ESTE FORMULÁRIO E OS DOCUMENTOS PARA: MULTICARE, APARTADO 24213, EC - CAMPO DE OURIQUE, 1251-997 LISBOA)

#### 1. INTERNAMENTO (POR DOENÇA OU ACIDENTE)

FATURA/RECIBO ORIGINAL DA DESPESA DE INTERNAMENTO ACOMPANHADO DE FATURA DETALHADA DAS RESPECTIVAS DESPESAS, BEM COMO:

- **EM CASO DE DOENÇA** - RELATÓRIO MÉDICO, CIRCUNSTANCIADO, CONTENDO DIAGNÓSTICO, INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO.
- **EM CASO DE ACIDENTE** - RELATÓRIO MÉDICO E DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA LESÃO REPORTADA ( EX: O QUE FAZIA, DE E PARA ONDE SE DESLOCAVA).

#### 2. PARTO

RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO E FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM DESCRIÇÃO DO(S) ATO(S) MÉDICO(S) REALIZADO(S).

#### 3. CONSULTAS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM INDICAÇÃO DA ESPECIALIDADE MÉDICA.

#### 4. EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (RAIOS X, ANÁLISES, ETC.)

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

#### 5. TRATAMENTOS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E RELATÓRIO MÉDICO COM DIAGNÓSTICO.

#### 6. MEDICAMENTOS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

#### 7. PRÓTESES

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

#### 8. ORTÓTESES

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

#### 9. ESTOMATOLOGIA

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM DESCRIÇÃO DO(S) ATO(S) MÉDICO(S) REALIZADO(S).

#### 10. OUTRAS

##### TAXAS MODERADORAS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM A DESCRIÇÃO DO ATO MÉDICO REALIZADO.

NO CASO DAS DESPESAS JÁ TEREM SIDO COMPARTICIPADAS POR OUTROS SUBSISTEMAS (EX: ADSE OU SAMS), O SEGURO MULTICARE FUNCIONA EM COMPLEMENTO AOS ANTERIORES. NESTAS SITUAÇÕES, PODERÃO SER APRESENTADAS FOTOCÓPIAS DOS ORIGINAIS COM CARIMBO DA ENTIDADE QUE DETÉM O ORIGINAL COMPROVANDO O VALOR REEMBOLSADO.

### 5. DADOS RELATIVOS À SAÚDE

O contrato ou operação de seguro a que respeita o presente documento envolve o tratamento de dados relativos à saúde do titular, no âmbito da gestão da relação contratual, utilização da cobertura, gestão de sinistros e, bem assim, processos de renovação e alterações contratuais, aplicando-se ao tratamento desses dados as informações prestadas pelo Segurador.

O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento.

Nessa medida, mediante a assinatura do presente documento, autoriza-se o Segurador a tratar os dados relativos à saúde do titular dos dados a que respeita o presente documento e para as finalidades especificamente indicadas.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA OU REPRESENTANTE LEGAL