

### BENEFICIÁRIO SAMS QUADROS

N.º \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DENTISTA  ESTOMATOLOGISTA

N.º O.M.D. \_\_\_\_\_ N.º APMD \_\_\_\_\_

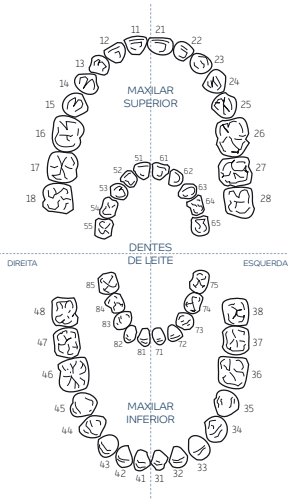
NOME \_\_\_\_\_

CONTACTO \_\_\_\_\_

INDIQUE OS DENTES EM FALTA COM X

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
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

TOTAL \_\_\_\_\_

DECLARO QUE ME EFETUARAM OS TRATAMENTOS ACIMA DISCRIMINADOS.

DECLARO QUE EFETUEI OS TRATAMENTOS ACIMA DISCRIMINADOS.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DENTISTA / ESTOMATOLOGISTA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

1. Apresentar sempre os RX pré-operatórios para todos os tratamentos dentários, exceto quando estes de refiram exclusivamente ao uso de amalgama ou a restauração com compósitos e selantes.
2. Quando sejam realizados tratamentos endodônticos ou aplicação de próteses fixas terão que ser apresentadas, além dos RX pré-operatórios também os RX post-tratamento.
3. Os tratamentos só serão pagos após a apresentação desta ficha devidamente assinada pelo médico e beneficiário.

**SAMS QUADROS - SINDICATO NACIONAL DOS QUADROS E TÉCNICOS BANCÁRIOS**

Rua Pinheiro Chagas n.º 6 1050-177 Lisboa

Email: sams-quadros@snqtb.pt | Tel. 213 581 800 | Website: www.snqtb.pt