



Devolva o documento devidamente preenchido para:  
Apartado IV / 5450 Luanda  
Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para  
Linha de Assistência a Clientes através do telefone 22 643 45 14 ou dos  
telemóveis 94 688 53 60/1

Nº de Apólice:  
Nome:

**Identificação da Pessoa Segura**

Por favor, preencha os campos abaixo com **letra maiúscula**.

Nº de cartão (de preenchimento obrigatório):

Telemóvel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**Despesas - por favor, preencha a seguinte tabela com a ajuda do seu médico**

Legenda para preenchimento do campo "Tipo de Despesas": (I = Internamento) (P = Parto) (C = Consulta) (EAD = Exames Auxiliares de Diagnóstico) (T = Tratamentos)  
(E = Estomatologia) (PO = Próteses e Ortóteses) (M = Medicamentos) (SD = Subsídio Diário)

Tipo de Despesa	Data	Quantidade	Diagnóstico	Descritivo ou cód. de nomenclatura do acto médico	Valor

**Informação adicional – indique no quadro abaixo o motivo pelo qual suportou as despesas anexas na totalidade**

A indicação desta informação é obrigatória.


**Documentos a apresentar** - Adicionalmente, é também necessária a apresentação da seguinte informação, de acordo com o tipo de despesa.

Todos os relatórios médicos devem ser entregues em língua portuguesa (original ou traduzido); para todas as facturas devem conter o número de contribuinte do Prestador.

**Internamentos (doença, acidente, parto)**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, acompanhado de factura detalhada das respectivas despesas.
- Em caso de doença - Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico).
- Em caso de acidente - Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico e descrição detalhada de acidente, com data, hora, local, circunstância e em caso de deslocação, motivo (de onde vinha e para onde se deslocava).
- Parto - Informação clínica (nota de alta, relatório médico).

**Consultas**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, onde deve constar o nome e especialidade do médico e da consulta realizada.

**Exames auxiliares de diagnóstico**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor associados a cada acto médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.

**Tratamentos**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor associado a cada acto médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.
- Relatório médico com o diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respectivo prognóstico.

**Estomatologia**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor associados a cada acto médico, onde deve constar o nome do médico.

**Próteses, ortóteses e medicamentos**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com valor associado a cada acto médico.
- Fotocópia da prescrição médica.

**Subsídio Diário**

- Declaração de internamento original.
- Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico).
- Descrição de acidente (caso se aplique).

**Nas situações de pré-participação por outra entidade**, além da documentação mencionada, torna-se necessária a declaração original de pré-participação que deverá ser enviada com cópia do comprovativo de pagamento, fiscalmente aceite.

**Número de documentos em anexo**

Por favor, identifique o número de documentos que pretende anexar ao seu pedido de reembolso

Ao assinar o presente documento, autorizo o meu Médico a facultar as informações constantes no presente impresso, à minha Seguradora e à AdvanceCare. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Cliente \_\_\_\_\_