



**Atenção**  
 Preencher em maiúsculas  
 com caneta de cor preta

## Reembolso de Despesas de Saúde

Este impresso é indispensável ao reembolso das suas despesas de saúde

Utilize fotocópias deste impresso, preencha-o e envie-o acompanhado das despesas para o STI. Não pode ser utilizado por outro agregado familiar.  
 Av. Coronel Eduardo Galhardo, N° 22 B - 1199-007 Lisboa

### Cliente

Nome da Empresa (Preencher no caso do tomador do seguro ser uma Empresa)

É beneficiário da ADSE ?

Sim

Não

N° Beneficiário ADSE

Cartão Médias

 - 

N° Sócio STI



**Sindicato**  
 dos **Trabalhadores**  
 dos **Impostos**

### Indique o valor e o número de documentos por cobertura

Cobertura	Euros	Valores	Número de documentos
Assistência Hospitalar - Internamento (necessário envio de relatório médico)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assistência Ambulatória - Consultas (necessária indicação da especialidade médica)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assistência Ambulatória - Exames (necessário envio da prescrição médica)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fisioterapia (necessário envio da prescrição médica)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamentos (necessário envio da prescrição médica + recibo da farmácia)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assistência no Parto (necessário envio de relatório médico)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estomatologia (necessária discriminação dos actos médicos realizados)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Próteses e Ortóteses (necessário envio da prescrição médica)	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O reembolso das despesas só será efectuado depois de exibidos os documentos originais justificativos das despesas realizadas, acompanhados da respectiva prescrição médica ou relatório médico, quando aplicável.

As despesas que não se encontrem de acordo com as regras a observar nos pedidos de reembolso, serão processadas apenas para efeitos fiscais, por forma a constarem como despesa suportada pela pessoa segura na declaração fiscal, a emitir pela Médias, relativa ao ano fiscal em curso.

### Outros Documentos (Indique o n.º de documentos anexos)

<input type="checkbox"/> Prescrições Médicas	<input type="checkbox"/> Relatórios Médicos	<input type="checkbox"/> Cartas	<input type="checkbox"/> Outros
--	---	---------------------------------	---------------------------------

### NIB - Número de Identificação Bancária

NIB Actual

Novo NIB

Se pretender apresentar as suas sugestões, comentários ou reclamações utilize, por favor, o espaço seguinte

  
  
  
  


### Local, data e assinatura

Muito Importante: Este impresso só pode ser usado pelos elementos do agregado familiar a que se destina.