



mediplus
PLANOS DE SAÚDE
Por si, mais Saúde!

FICHA DE TRATAMENTO DENTÁRIO

CARTÃO N.º CLIENTE N.º

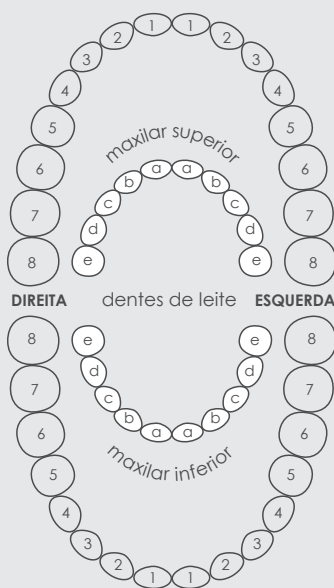
TOMADOR DO SEGURO/PLANO DE SAÚDE	SEGURADORA
----------------------------------	------------

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA/BENEFICIÁRIO

 E-MAIL

SITUAÇÃO ESTOMATOLÓGICA

Indique os dentes em falta com um X

[illegible]

(*) Inclui Rx, Profilaxia, Materiais usados, etc.

OBSERVAÇÕES

MÉDICO DENTISTA / ESTOMATOLOGISTA / ODONTOLOGISTA

DATA - - ASSINATURA