

## Ficha do Seguro Escolar

**Dados de identificação:**

Nome Aluno(a)			
Processo Nº:		Data Nasc:	
		Tlm aluno(a):	
Nome Pai			
Telefone:			
Nome Mãe			
Telefone:			
Nome do E. Educação			
Contactos de urgência	/ /		
E-mail			

Morada(Rua/Av.): \_\_\_\_\_

C. Postal / Localidade: \_\_\_\_\_

 O aluno sofre de alguma doença: **Sim**  **Não** 

Especifique o tipo de doença: \_\_\_\_\_

Como atuar: \_\_\_\_\_

 Anexa relatório médico: **Sim**  **Não** 

DADOS DO CARTÃO DE CIDADÃO	OUTRO SISTEMA DE SAÚDE
Nº Cartão de Cidadão: _____	SISTEMA: _____  Nº: _____
Nº Identificação Fiscal: _____	
Nº Seg. Social: _____	
Nº Utente de Saúde: _____	

**A preencher pelos serviços**

Ocorrência abrangida pelo Seguro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Data: ___/___/___ Assinatura _____	Obs.: _____ _____ _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

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

Enc. Ed.: \_\_\_\_\_