



FICHA DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

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 Identificação Fiscal: _____	Nº: _____
Nº Seg. Social: _____	
Nº Utente de Saúde: _____	

A preencher pelos serviços

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

Data ____/____/____

Enc. Ed.: _____