



EXTERNATO JOÃO ALBERTO FARIA

Casal do Cano - 2630 - 299 ARRUDA DOS VINHOS

Tel. 263977390 - Fax 263977391

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 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 ____/____/____

Impresso enviado por e-mail pelo Encarregado de Educação