



EXTERNATO JOÃO ALBERTO FARIA

Casal do Cano - 2630 - 299 ARRUDA DOS VINHOS

Apólice nº 01732231

Tel. 263977390 - Fax 263977391

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.): _____

Localidade: _____

C. Postal: _____

O aluno sofre de alguma doença: Sim Não

Especifique o tipo de doença: _____

Como atuar: _____

Anexa relatório médico: Sim Não

Colar aqui fotocópia do verso do cartão de cidadão	Colar aqui fotocópia do cartão de outro sistema de saúde (ex. ADSE, ADMG, etc...)
Nº Cartão de Cidadão: _____	SISTEMA: _____ Nº: _____
Nº Identificação Fiscal: _____	
Nº Seg. Social: _____	
Nº de Utente de Saúde: _____	

A preencher pelos serviços

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

Assinatura do Encarregado de Educação