





**Identificação do(s) lesados:**

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____, Estado Civil: _____, Profissão: _____ Morada: _____ Concelho: _____ Telf.: _____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____, Estado Civil: _____, Profissão: _____ Morada: _____ Concelho: _____ Telf.: _____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____, Estado Civil: _____, Profissão: _____ Morada: _____ Concelho: _____ Telf.: _____

**No caso de haver danos corporais:**

Recebeu tratamento hospitalar? SIM  NÃO

Se sim, em que Hospital, Casa de Saúde, outro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Foi internado? SIM  NÃO

Que tipo de lesões sofreu? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do médico que prestou assistência:

\_\_\_\_\_

**Danos materiais:**

Relação pormenorizada dos bens afetados e seus valores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existência de Seguro e respetiva Seguradora: \_\_\_\_\_

Onde se encontram os bens sinistrados: \_\_\_\_\_

Corporação de Bombeiros que interveio no sinistro: \_\_\_\_\_

Autoridade Policial que interveio no sinistro: \_\_\_\_\_

PSP de \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

GNR de \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

Brigada de Trânsito de \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

**Testemunhas:**

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____, Estado Civil: _____, Profissão: _____ Morada: _____ Concelho: _____ Telf.: _____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____, Estado Civil: _____, Profissão: _____ Morada: _____ Concelho: _____ Telf.: _____
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____, Estado Civil: _____, Profissão: _____ Morada: _____ Concelho: _____ Telf.: _____

**Observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**O(s) Lesado(s):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_