

**Aos****Serviços Intermunicipalizados de Águas e Resíduos  
de Loures e Odivelas****Assunto: Pedido de indemnização**

Nome -----  
portador(a) de (1) ----- nº -----, como NIF nº -----  
residente em -----  
localidade ----- código Postal -----  
vem requerer a V.Exa indemnização no montante de ----- €, pelos seguintes motivos:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**Pede deferimento,**

-----, em ----- de ----- de -----  
(Assinatura do(a) Requerente)

**Contatos telefónicos:**

Fixo -----  
Móvel -----  
E-mail -----

(1) Documento de identificação

Mod. 10



**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):

---