



Registo n.º \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Funcionário \_\_\_\_\_

## PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara Municipal de Cascais

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome do Requerente \_\_\_\_\_

NIF/C \_\_\_\_\_ B.I / C:C / CRC nº \_\_\_\_\_

Válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com sede/morada em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_/\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel nº \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Autorizo que todas as notificações e informações referentes a este processo sejam efetuadas através de correio eletrónico para o endereço acima indicado      SIM  NÃO

### REPRESENTANTE

Nome \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ B.I / C.C nº \_\_\_\_\_ Válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel nº \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Na qualidade de**  Mandatário |  Sócio-Gerente |  Administrador |  Outro \_\_\_\_\_

### PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Data do sinistro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Descrição pormenorizada da forma como ocorreu o sinistro:

---

---

---

---



**Tipo de Lesões:**  Corporais     Materiais     Ambas

NO CASO DE HAVER DANOS CORPORAIS:

Recebeu tratamento hospitalar?    Sim     Não

Em caso afirmativo, indique o nome do Hospital/Centro de Saúde/Clínica \_\_\_\_\_

Ficou internado?    Sim     Não

Em caso afirmativo, que tipo de lesões sofreu? \_\_\_\_\_

Nome do médico que lhe prestou assistência: \_\_\_\_\_

### **DANOS MATERIAIS**

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

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

Associação de Bombeiros interveio no sinistro? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Autoridade Policial que interveio no sinistro:

Polícia Municipal de \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

P.S.P. /  G.N.R. de \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

### **IDENTIFICAÇÃO DO (S) LESADO (S)**

Nome: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_



## TESTEMUNHAS

Nome: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

## ASSINATURAS:

O (S) LESADO (S): \_\_\_\_\_

*( Autorizo/  Não Autorizo fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º7/2007 de 05 Fevereiro, Artº 5, al. 2.)*

O (S) LESADO (S): \_\_\_\_\_

*( Autorizo/  Não Autorizo fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º7/2007 de 05 Fevereiro, Artº 5, al. 2.)*

A (s) Testemunha: \_\_\_\_\_

*( Autorizo/  Não Autorizo fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º7/2007 de 05 Fevereiro, Artº 5, al. 2.)*

A (s) Testemunha: \_\_\_\_\_

*( Autorizo/  Não Autorizo fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º7/2007 de 05 Fevereiro, Artº 5, al. 2.)*

Pede Deferimento,

Cascais, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Requerente,

\_\_\_\_\_

Documentos a anexar:

Fotocópia do BI/Cartão de cidadão

*( Autorizo/  Não Autorizo fotocópia do Documento de Identificação de acordo com Lei n.º7/2007 de 05 Fevereiro, Artº 5, al. 2.)*

Planta à Escala 1/2000, identificando o local do acidente;

Orçamento, fatura ou recibo relativo à pretensão ou à concretização do arranjo dos danos sofridos;

Fotografias.

Loja Cascais - Atendimento Municipal

**Cascais:** Rua Manuel Joaquim Avelar, 118, -1, 2750-281 Cascais

**Tires:** Praça Fernando Lopes Graça, 156 A, 2785-625 – S. D. de Rana

**Cascaishopping:** Centro Comercial CascaiShopping, Piso 0

**Linha Cascais:** 800 203 186

Fax.21 482 50 30 | www.cascais.pt | atendimento.municipal@cm-cascais.pt



Documentos facultativos:

- Fotocópia da participação à Polícia Municipal, P.S.P. ou G.N.R.;
- Declaração escrita de testemunhas, onde conste detalhadamente os factos ocorridos e presenciados;
- Fotocópias do BI/Cartão de Cidadão das testemunhas;
- Outros documentos que o requerente considere pertinentes.

Os dados pessoais, supra, são recolhidos e processados pelo Município de Cascais para as finalidades expressas no presente requerimento. Para efeitos de rastreabilidade e arquivo, os dados serão mantidos até que solicite a eliminação dos mesmos, podendo, ainda, exercer, a qualquer momento, os seus direitos de solicitação de acesso, retificação, portabilidade, eliminação e retirada de consentimento, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Para qualquer assunto relacionado com a privacidade dos seus dados, poderá contactar o encarregado de proteção de dados através do e-mail [atendimento.municipal@cm-cascais.pt](mailto:atendimento.municipal@cm-cascais.pt) ou do telefone 800203186. Poderá, ainda, apresentar reclamação a uma autoridade de controlo, nomeadamente à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) (<https://www.cnpd.pt>). Para informações adicionais, por favor consulte a política de privacidade e segurança publicada em <https://www.cascais.pt/politica-de-privacidade-e-tratamento-de-dados-pessoais>.

Dou o meu consentimento ao Município de Cascais, para tratamento dos meus dados pessoais nos termos e Política de Privacidade acima referidos, que li e aceito.

Loja Cascais - Atendimento Municipal

**Cascais:** Rua Manuel Joaquim Avelar, 118, -1, 2750-281 Cascais

**Tires:** Praça Fernando Lopes Graça, 156 A, 2785-625 – S. D. de Rana

**Cascaishopping:** Centro Comercial CascaiShopping, Piso 0

**Linha Cascais:** 800 203 186

Fax.21 482 50 30 | [www.cascais.pt](http://www.cascais.pt) | [atendimento.municipal@cm-cascais.pt](mailto:atendimento.municipal@cm-cascais.pt)