



+ EMERGÊNCIA

LEIA AO VIRAR →



Em caso de acidente, contate meu familiar e informe meus dados médicos acima. Não remova meu capacete sem assistência profissional.

DADOS PESSOAIS

- ✓ Nome do Condutor: _____
- ✓ Idade: ____ Tipo Sanguíneo: ____
- ✓ Placa da Moto: _____
- ✓ Convênio Médico/Seguro: _____
- ✓ Nº da Apólice: _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA

- ✓ Nome: _____
- ✓ Idade: ____ Parentesco: _____
- ✓ Telefone: (____) _____

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Portador de diabetes/epilepsia?

☐ SIM

☐ NÃO

- ✓ Alergias/Medicações: _____
- ✓ Outras condições: _____



SAMU: 192 |



Polícia: 190 |



Bebiros: 193

