

<b>1. Data do acidente</b>	<b>Hora</b>	<b>2. Localização</b>	Local: .....	<b>3. Feridos, mesmo ligeiros</b>
		País: .....		não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>

**4. Danos materiais**

noutros veículos que não A e B    noutros objectos que não veículos

não  sim     não  sim

**5. Testemunhas: nomes, moradas e telef.** .....

.....

.....

## VEÍCULO A

**6. Segurado/ Tomador do seguro** (ver documento de seguro)

APELIDO: .....

Nome: .....

Morada: .....

Cód. postal: ..... País: .....

Tel. ou e-mail: .....

NIF .....

## 12. CIRCUNSTÂNCIAS

↓ Marcar com uma cruz (X) no respectivo quadrado as circunstâncias aplicáveis a cada veículo ↓

**A** para melhor compreensão do esquema do acidente **B**

*\* Riscar o que não interessa*

<input type="checkbox"/> 1 * Estava estacionado / Parado <input type="checkbox"/> 2 * Saía de estacionamento / Abria uma porta <input type="checkbox"/> 3 la estacionar <input type="checkbox"/> 4 Saía de um parque de estacionamento de local privado ou de um caminho particular <input type="checkbox"/> 5 Entrava num parque de estacionamento local privado ou de um caminho particular <input type="checkbox"/> 6 Entrava numa rotunda ou praça de sentido giratório <input type="checkbox"/> 7 Circulava numa rotunda ou praça de sentido giratório <input type="checkbox"/> 8 Embateu na traseira de outro veículo que circulava no mesmo sentido e na mesma fila <input type="checkbox"/> 9 Circulava no mesmo sentido mas numa fila diferente <input type="checkbox"/> 10 Mudava de fila <input type="checkbox"/> 11 Ultrapassava <input type="checkbox"/> 12 Virava à direita <input type="checkbox"/> 13 Virava à esquerda <input type="checkbox"/> 14 Recuava <input type="checkbox"/> 15 Circulava na parte da faixa de rodagem reservada à circulação em sentido contrário <input type="checkbox"/> 16 Apresentava-se pela direita num cruzamento ou entroncamento <input type="checkbox"/> 17 Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho <input type="checkbox"/> ← indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (X)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17
---	--

## VEÍCULO B

**6. Segurado/ Tomador do seguro** (ver documento de seguro)

APELIDO: .....

Nome: .....

Morada: .....

Cód. postal: ..... País: .....

Tel. ou e-mail: .....

NIF .....

**7. Veículo**

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo .....	
N.º de matrícula .....	N.º de matrícula .....
País de matrícula .....	País de matrícula .....

**7. Veículo**

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo .....	
N.º de matrícula .....	N.º de matrícula .....
País de matrícula .....	País de matrícula .....

**8. Companhia de seguros** (ver documento de seguro)

NOME: .....

Apólice n.º: .....

N.º de Carta Verde: .....

Apólice ou Carta Verde válida de: .....a: .....

Agência (ou representante ou corrector):

NOME .....

Morada: .....

Cód. postal: ..... País: .....

Tel. ou e-mail: .....

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?  
 não  sim

**8. Companhia de seguros** (ver documento de seguro)

NOME: .....

Apólice n.º: .....

N.º de Carta Verde: .....

Apólice ou Carta Verde válida de: .....a: .....

Agência (ou representante ou corrector):

NOME .....

Morada: .....

Cód. postal: ..... País: .....

Tel. ou e-mail: .....

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?  
 não  sim

**9. Condutor** (ver licença de condução)

APELIDO: .....

Nome: .....

Data de nascimento: .....

Morada: .....

Cód. postal: ..... País: .....

Tel. ou e-mail: .....

Licença de condução n.º: .....

Categoria (A, B, ...): .....

Válida até: .....

**9. Condutor** (ver licença de condução)

APELIDO: .....

Nome: .....

Data de nascimento: .....

Morada: .....

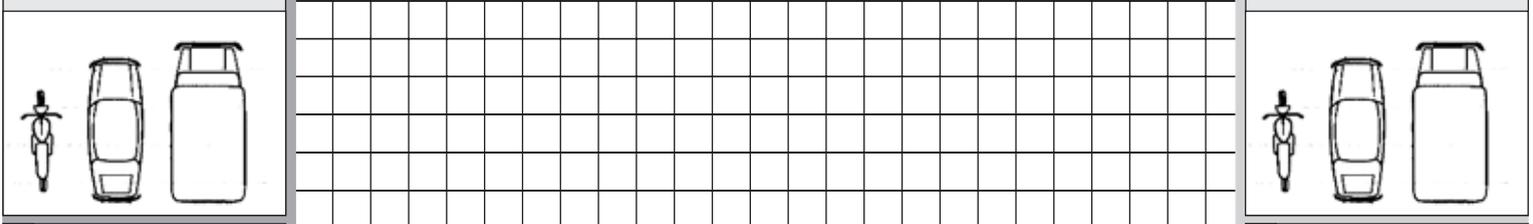
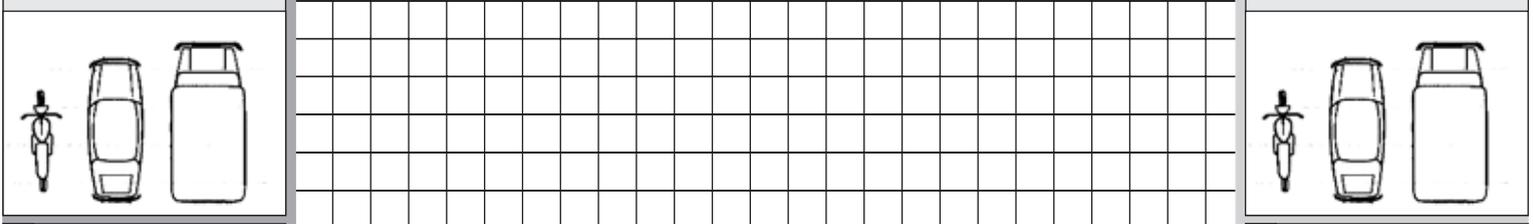
Cód. postal: ..... País: .....

Tel. ou e-mail: .....

Licença de condução n.º: .....

Categoria (A, B, ...): .....

Válida até: .....

<b>10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial</b>		<b>10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial</b>
<b>11. Danos visíveis no veículo A:</b>		<b>11. Danos visíveis no veículo B:</b>

**14. As minhas observações:**

.....

**15. Assinaturas dos condutores**

**14. As minhas observações:**

.....

A ..... B

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da Declaração Amigável de Acidente de Automóvel aplicáveis, preencher adicionalmente os campos seguintes. (1)

## 1 - PARTICIPANTE

SEGURADO/TOMADOR DO SEGURO  TERCEIRO LESADO

Nome \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

## 2 - CONDUTOR (se não coincidente)

Nome \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ É o condutor habitual da viatura? \_\_\_\_\_ Tem seguro

de carta? \_\_\_\_\_ Caso afirmativo: Seguradora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N.º apólice \_\_\_\_\_

(Espaço reservado aos serviços da Companhia Seguradora)

## 3 - TITULAR DO REGISTO DE PROPRIEDADE (se não coincidente)

Nome \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

## 4 - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE

Indique a que velocidade seguia o seu veículo: \_\_\_\_\_ km/h

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

5 - Foi levantado auto pelas autoridades?  **GNR**  **PSP**  Posto/Brigada/Esquadra de: \_\_\_\_\_

Alguns dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Resultado do teste: \_\_\_\_\_

SEGURADO  Duas rodas   
Ligeiro  Pesado  Particular  Aluguer

## 6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS

TERCEIRO  Duas rodas   
Ligeiro  Pesado  Particular  Aluguer

◀ Características ▶

◀ Cor ▶

◀ Titular do registo de propriedade ▶

◀ Existiam danos anteriores? Quais ▶

◀ Pode circular? ▶

◀ Rebocava atrelado? ▶

◀ Oficina reparadora ▶

◀ Endereço e telefone ▶

## 7 - OUTROS DANOS MATERIAIS ALÉM DOS CAUSADOS AOS VEÍCULOS IDENTIFICADOS NO Nº 6

Nome e morada dos proprietários \_\_\_\_\_

Natureza dos danos \_\_\_\_\_

## 8 - FERIDOS

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Profissão e idade \_\_\_\_\_

Lesões sofridas \_\_\_\_\_

Primeiros socorros em \_\_\_\_\_

Hospitalizado em \_\_\_\_\_

Indique se era Peão  Ocupante do veículo  Peão  Ocupante do veículo

9 - Os condutores dos veículos, bem como os proprietários dos bens atingidos ou qualquer dos feridos, é parente  sócio  empregado  mandatário  do segurado ou do condutor do veículo seguro? Especifique: \_\_\_\_\_

10 - Pretende formular pedido indemnizatório de lucros cessantes? sim  não

## 11 - LOCAL E DATA DESTA PARTICIPAÇÃO

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

## 12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_

(1) Sempre que necessário utilizar folha suplementar devidamente assinada