

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

## 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: .....

**Deve obrigatoriamente ser assinada pelo DOIS condutores**  
 Não constitui reconhecimento de responsabilidade, mas a constatação dos factos e a identificação dos intervenientes, com vista a maior rapidez na regularização do sinistro.


**13. Esquema do acidente no momento do embate** **13.**

*Indicar: 1. O traçado das vias - 2. Direcção (por meio de setas) dos veículos A e B - 3. Posição no momento do embate - 4. Sinais de trânsito - 5. Nome das ruas ou estradas.*

**10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial**



**10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial**



**11. Danos visíveis no veículo A:**

**11. Danos visíveis no veículo B:**

**14. As minhas observações:**

**14. As minhas observações:**

**15. Assinaturas dos condutores** **15.**

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

\_\_\_\_\_