

DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTES AUTOMÓVEL

Folha 1/2

1. Data do acidente 01-01-2020	Hora 00:00	2. Localização País: PT	Local: RUA 1º MAIO ARRUDA DOS VINHOS	3. Feridos, mesmo ligeiros não <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>
--	----------------------	-----------------------------------	---	--

4. Danos materiais

noutros veículos que não A e B
não sim

noutros objectos que não veículos
não sim

5. Testemunhas: nomes, moradas e telef.

MANUEL GOMES - ARRUDA DOS VINHOS - tlf 999 999 999

VEÍCULO A

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

APELIDO: **SILVA**
Nome: **MANUEL HENRIQUES**
Morada: **RUA 25 ABRIL, N°1**
Cód. postal: **2630-112** País: **PT**
Tel. ou e-mail: **999 999 999**
NIF: **999999999**

7. Veículo

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo RENAULT CLIO	
N.º de matrícula 00-00-00	N.º de matrícula
País de matrícula PT	País de matrícula

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME: **ALLIANZ**
Apólice n.º: **999999**
N.º de Carta Verde:
Apólice ou Carta Verde válida de:a:
Agência (ou representante ou corrector):
NOME: **IDEALSEGUROS**
Morada: **LRG MIGUEL BOMBARDA N°3 1ºESQ.**
Cód. postal: **2630-112 ARRUDA** País: **PT**
Tel. ou e-mail: **263 098 941**
Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?
não sim

9. Condutor (ver licença de condução)

APELIDO: **SILVA**
Nome: **MARIA LOPES**
Data de nascimento: **01-01-1960**
Morada: **R. 25 ABRIL 1**
Cód. postal: **2630-112** País: **PT**
Tel. ou e-mail: **999 999 999**
Licença de condução n.º:
Categoria (A, B, ...):
Válida até:

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

11. Danos visíveis no veículo A:
PARA CHOQUES TRASEIRO

14. As minhas observações:

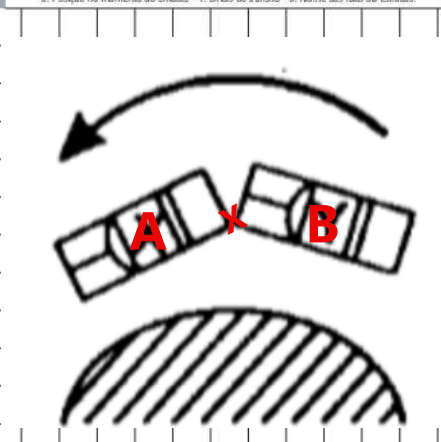
12. CIRCUNSTÂNCIAS

↓ Marcar com uma cruz (X) no respectivo quadrado as circunstâncias aplicáveis a cada veículo para melhor compreensão do esquema do acidente ↓

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

0 ← indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (X) → **1**

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.



15. Assinaturas dos condutores

RUBRICA A **RUBRICA B**

A B

VEÍCULO B

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

APELIDO: **TEIXEIRA**
Nome: **LUIS ALVES**
Morada: **RUA 25 ABRIL, N°1**
Cód. postal: **2530-112** País: **PT**
Tel. ou e-mail: **999 999 999**
NIF: **999999999**

7. Veículo

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo PEUGEOT 206	
N.º de matrícula 00-ZZ-00	N.º de matrícula
País de matrícula PT	País de matrícula

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME: **VICTORIA SEGUROS**
Apólice n.º: **999999**
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: **TEIXEIRA**
Nome: **LUIS ALVES**
Data de nascimento: **01-01-1960**
Morada: **R. 25 ABRIL 1**
Cód. postal: **2530-112** País: **PT**
Tel. ou e-mail: **999 999 999**
Licença de condução n.º:
Categoria (A, B, ...):
Válida até:

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

11. Danos visíveis no veículo B:
FAROLIM ESQUERDO PARA CHOQUES FRENTE

14. As minhas observações:
NÃO CONSEGUI EVITAR O EMBATE NO VEICULO A

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da Declaração Amigável de Acidente Automóvel aplicáveis, preencher adicionalmente os campos seguintes. É indispensável o preenchimento de todos os campos seguintes de acordo com as informações de que disponha, para a aplicação do Regime de Regularização de Sinistros do Decreto-Lei nº 291/2007, de 21 de Agosto.
Sempre que necessário, utilize folha suplementar devidamente assinada.

1 - PARTICIPANTE

SEGURADO/TOMADOR DO SEGURO TERCEIRO LESADO

Nome MANUEL HENRIQUES SILVA

Profissão _____ Telefone 999 999 999

2 - CONDUTOR (se não coincidente)

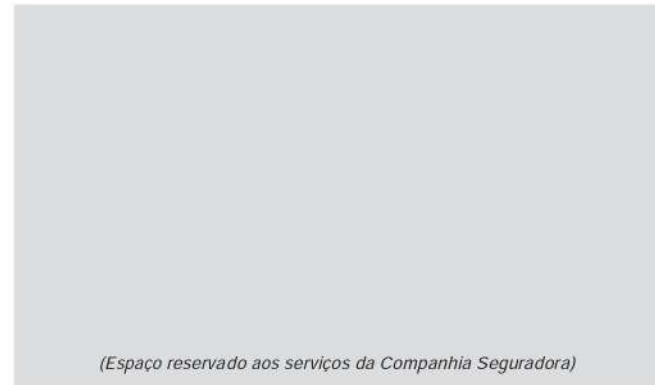
Nome MÁRIA LOPES SILVA

Profissão _____ Telefone 999 999 999

Idade 57 É o condutor habitual da viatura? NÃO Tem seguro

de carta? _____ Caso afirmativo: Seguradora _____

N.º apólice _____



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

Nome _____

Telefone _____

Morada _____

C. P. _____

4 - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE

Indique a que velocidade seguia o seu veículo: 30 km/h

ESTAVA A FAZER A CURVA E ABRANDEI POR CAUSA DE UM ANIMAL QUANDO OUTRO VEICULO BATEU NA TRASEIRA DO MEU VEICULO

5 - Foi levantado auto pelas autoridades? SIM Posto/Brigada/Esquadra de: POSTO DE ARRUDA VINHOS

Alguns dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? SIM Qual? ALCOOL

Resultado do teste: ZERO

SEGURADO Duas rodas
Ligeiro Pesado Particular Aluguer

NÃO

SIM

NÃO

RENAULT ENTREPOSTO LISBOA

TLF 999999999 NIF999999999

RUA 5 OUTUBRO Nº3 1600-100 LISBOA

6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS

Características _____

Cor _____

Titular do registo de propriedade _____

Existiam danos anteriores? Quais _____

Pode circular? _____

Rebocava atrelado? _____

Oficina reparadora _____

Endereço e telefone (da oficina) _____

TERCEIRO Duas rodas
Ligeiro Pesado Particular Aluguer

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 telefone _____

Idade _____

Nº Beneficiário da Segurança Social _____

Lesões sofridas _____

Primeiros socorros em _____

Hospitalizado em _____

Indique se era Peão Ocupante do veículo Peão Ocupante do veículo

NOTA IMPORTANTE: A presente Participação não serve, por si, de pedido indemnizatório para a regularização dos danos corporais. Se pretende apresentar Pedido de Indemnização para a Regularização do Dano Corporal, indique por escrito o que pretende ver pago por conta dessa Regularização, juntando os documentos necessários ao pagamento.

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

ARRUDA VINHOS, 01 de JANEIRO de 2020

12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

RUBRICA A