

ATENDIMENTO PARA:

ASSOCIADO

TERCEIRO

TIPO DE EVENTO

COLISÃO

FURTO

VIDROS

ROUBO

FENÔMENOS DA NATUREZA

DADOS DO ASSOCIADO/TERCEIRO

NOME / RAZÃO SOCIAL: _____

CPF / CNPJ: _____ RG: _____

CELULAR: _____ OUTRO NÚMERO: _____

EMAIL: _____

Nº REGISTRO CNH: _____ VALIDADE: _____

DADOS DO CONDUTOR

O MESMO DO ASSOCIADO / TERCEIRO OBS: ENVIAR FOTO CNH

NOME: _____ CELULAR: _____

DADOS DO VEÍCULO

MARCA / MODELO: _____

PLACA: _____ ANO FAB / MOD: _____

CHASSI: _____

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOLETIM DE OCORRÊNCIA: _____

DATA DO FATO: _____ HORA DO FATO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE / UF: _____

NARRATIVA DO ACIDENTE

AVARIAS DO VEÍCULO

Declaro serem expressões verdadeiras prestadas acima. Assumo inteira responsabilidade de acordo com ART. 299 do Código Penal.

_____, ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO ASSOCIADO / TERCEIRO