

Prezado Senhor(a), para que seu atendimento seja mais agil, solicitamos preencher os dados abaixo:

**1 - Dados do Cliente**

Nome:

CPF	CNH:	Telefone para contato:	
Endereço:		Nº.	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Nome do motorista na hora do acidente: o mesmo			
CNH:	Data do Nasc.:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino

**2 - Dados do Veículo**

Marca/Modelo:	Placa:	Ano:
---------------	--------	------

**3 - Dados do Acidente**

Local do Acidente (rua /Avenida):

Cidade:	Estado:	Data do Acidente:	Hora:
Dados do responsavel pelo acidente:			
Nome:	CNH	Telefone para contato:	
Endereço:		Nº.	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Marca/Modelo:	Placa:	Ano:	
Resumo da descrição do acidente: _____			

**4 - Registro Policial**

Anexar cópia do Boletim de Ocorrência Policial, ou especificar qual Distrito Policial que registrou a ocorrência:

**5 - Atendimento à Terceiros**

O cliente concorda com eventuais prejuízos de terceiros envolvidos no acidente, sejam indenizados diretamente aos interessados?

 Não  Sim (preencha obrigatoriamente os dados dos itens 6 e/ou 7)**6 - Dados Terceiro(Danos Materiais)**

Nome do Terceiro envolvido no acidente:	Telefone para Contato:		
Endereço:		Nº.	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Marca/Modelo do Veiculo:	Placa:	Ano:	
É parente, empregado, sócio ou tem algum r elacionamento com o cliente? _____			
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim especificar _____			

**7 - Dados do Terceiro (Danos Pessoais)**

No caso de acidente com vítimas onde o cliente autorizou a indenização a Terceiros (item 5, informar:

Nome da vítima ( com lesão corporal - Danos Pessoais ):

é parente, empregado, sócio, ou tem algum relacionamento com o cliene?

 Não  Sim especificar: \_\_\_\_\_De acordo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura Data