

# DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL

|                            |             |                       |              |   |
|----------------------------|-------------|-----------------------|--------------|---|
| <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"/> |

|  |  |
|--|--|
| <b>4. Danos materiais</b>  | <b>5. Testemunhas: nomes, moradas e telef.</b> |
| noutros veículos que não A e B<br>não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>    | .....  |
| noutros objectos que não veículos<br>não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> | .....  |

## VEÍCULO A

**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<br>.....     |                            |
| N.º de matrícula<br>.....  | N.º de matrícula<br>.....  |
| País de matrícula<br>..... | País de matrícula<br>..... |

**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 corretor):  
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: .....

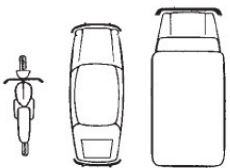
Tel. ou e-mail: .....

Licença de condução n.º: .....

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

Válida até: .....

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



**11. Danos visíveis no veículo A:**

.....

.....

**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 ↓

|                             |   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <b>A</b>                    |   | <b>B</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  | la 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 num 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 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 |
| <input type="checkbox"/> ←  | <b>indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (X)</b>                | <input type="checkbox"/> →  |

\* Riscar o que não interessa

**Deve obrigatoriamente ser assinada pelos 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**

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.

**15. Assinaturas dos condutores**

.....

.....

## 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<br>.....     |                            |
| N.º de matrícula<br>.....  | N.º de matrícula<br>.....  |
| País de matrícula<br>..... | País de matrícula<br>..... |

**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 corretor):  
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: .....

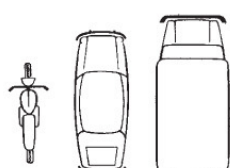
Tel. ou e-mail: .....

Licença de condução n.º: .....

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

Válida até: .....

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



**11. Danos visíveis no veículo B:**

.....

.....

**14. As minhas observações:**

.....

.....

# 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 \_\_\_\_\_

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

Nome \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

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

(Espaço reservado aos serviços da Companhia Seguradora)

## 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

Características    
Cor    
Titular do registo de propriedade    
Existiam danos anteriores? Quais    
Pode circular?    
Rebocava atrelado?    
Oficina reparadora    
Endereço e telefone

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 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