

DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL

1. Data do acidente Hora
 2016. 03. 09 12:27

2. Localização Local: *Rua Eng. Adelino Amaro Costa*
 País: *Lourinhã*

3. Feridos, mesmo ligeiros
 não sim

4. Danos materiais
 noutros veículos que não A e B: não sim
 noutros objetos que não veículos: não sim

5. Testemunhas: nomes, moradas e telef.

VEÍCULO A
6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)
 APELIDO: *Mediadora Lda.*
 Nome: *Paulo Seguros Sociedade*
 Morada: *R. João Barrios Lt 15 RIC AB*
 Cód. postal: *2530-919* País: *Portugal*
 Tel. ou e-mail: *261414715*
 NIF: *503.184.160*

12. CIRCUNSTÂNCIAS
 Marcar com uma cruz (X) no respetivo quadrado as circunstâncias aplicáveis a cada veículo para melhor compreensão do esquema do acidente

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

VEÍCULO B
6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)
 APELIDO: *MAURÍCIO*
 Nome: *Milene Mateus Pereira*
 Morada: *Apartado 47 - Lourinhã*
 Cód. postal: *2530-909* País: *Portugal*
 Tel. ou e-mail: *261416528*
 NIF: *224.604.104*

7. Veículo

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo: <i>Smart</i>	
N.º de matrícula: <i>89-FJ-35</i>	N.º de matrícula: /
País de matrícula: <i>PT</i>	País de matrícula: /

7. Veículo

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo: <i>Volkswagen Golf</i>	
N.º de matrícula: <i>61-DA-31</i>	N.º de matrícula: /
País de matrícula: <i>PT</i>	País de matrícula: /

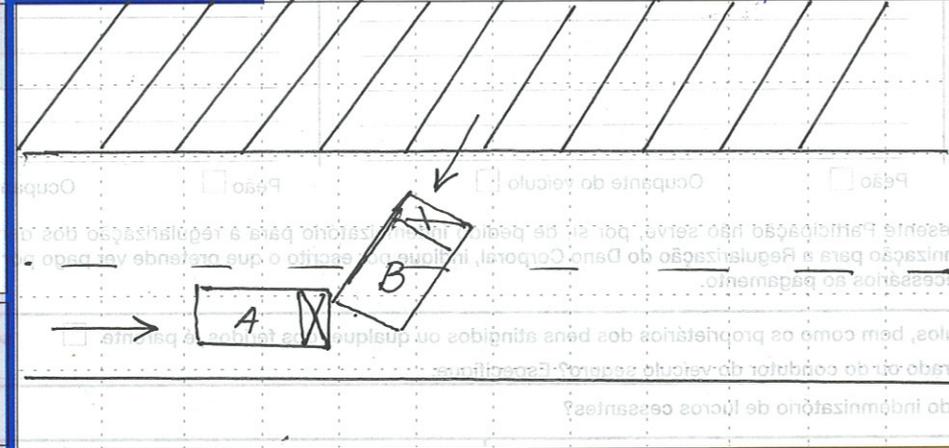
8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)
 NOME: *A SEGURADORA*
 Apólice n.º: /
 N.º de Carta Verde: /
 Apólice ou Carta Verde válida de: / a: /
 Agência (ou representante ou corretor):
 NOME: *O MEDIADOR*
 Morada: / País: /
 Cód. postal: / País: /
 Tel. ou e-mail: /
 Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice? não sim

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)
 NOME: *ZURICH*
 Apólice n.º: *006386511*
 N.º de Carta Verde: *P.15/01045.15.53*
 Apólice ou Carta Verde válida de: *15/2/2016* a: *14/2/2017*
 Agência (ou representante ou corretor):
 NOME: *Paulo Seguros Lda.*
 Morada: *Lourinhã*
 Cód. postal: / País: /
 Tel. ou e-mail: *261414715*
 Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice? não sim

9. Condutor (ver licença de condução)
 APELIDO: *PAULO*
 Nome: *Artur Ramos*
 Data de nascimento: *05-04-1959*
 Morada: *Lourinhã*
 Cód. postal: *2530* País: *PT*
 Tel. ou e-mail: *917246314*
 Licença de condução n.º: *L-863259*
 Categoria (A/B): *DGV Lisboa*
 Válida até: *05-04-24*

9. Condutor (ver licença de condução)
 APELIDO: *MAURÍCIO*
 Nome: *Milene Mateus Pereira*
 Data de nascimento: *17-09-1978*
 Morada: *Ap. 47 - Lourinhã*
 Cód. postal: *2530-909* País: *PT*
 Tel. ou e-mail: *261416528*
 Licença de condução n.º: *L-1589359*
 Categoria (A/B): *DGV Lisboa*
 Válida até: *16-09-43*

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:
Frete

11. Danos visíveis no veículo B:
Canto traseiro esquerdo

14. As minhas observações:

15. Assinaturas dos condutores

A *B*

14. As minhas observações:

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 Paulo Seguros Soc. Med. Lda.

Profissão _____ Telefone _____

2 - CONDUTOR (se não coincidente)

Nome _____

Profissão _____ Telefone _____

Idade _____ É o condutor habitual da viatura?

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: _____ km/h

Circulava na Rua Engenheiro Adelino Amaro da Costa quando o veículo "B" ao sair de estacionamento de marcha atrás foi embater no meu veículo "A".

5 - Foi levantado auto pelas autoridades? Sim GNR PSP Posto/Brigada/Esquadra de: Lourinhã

Alguns dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? Sim Qual? _____

Resultado do teste: negativo

6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS

SEGURADO TERCEIRO

Ligeiro Pesado Particular Aluguer

Características _____

Cor _____

Titular do registo de propriedade _____

Existiam danos anteriores? Quais _____

Pode circular?

Rebocava atrelado?

Oficina reparadora _____

Endereço e telefone (da oficina) _____

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 _____

N.º 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

Lourinhã, 9 de Março de 2016

12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

PAULO SEGUROS
SOC. MEDIADORA, LDA.
TEL. 261 414 715 - FAX 261 414 447
ELEM 96 246 814