

# 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

<input type="checkbox"/> 1 * Estava estacionado / Parado	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 * Saía de estacionamento / Abria uma porta	<input checked="" type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 Saía do estacionamento	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 Saía de um parque de estacionamento, de local privado ou de um caminho particular	<input checked="" 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 checked="" 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

← indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (X) → **3**

**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: /

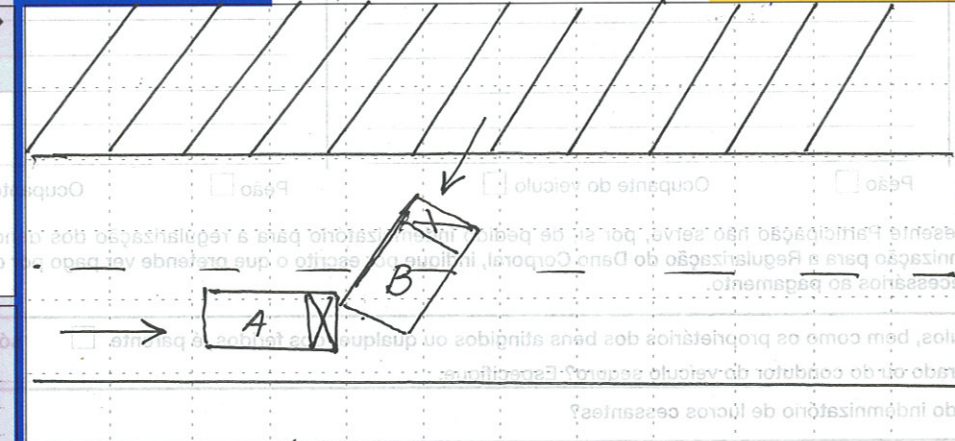
**8. Companhia de seguros** (ver documento de seguro)  
 NOME: *A SEGURADORA*  
 Apólice n.º: /  
 N.º de Carta Verde: /  
 Apólice ou Carta Verde válida de: / a: /  
 Agência (ou representante ou corretor):  
 NOME: *O MEDIADOR*  
 Morada: /  
 Cód. postal: / País: /  
 Tel. ou e-mail: /  
 Os danos 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 *[Signature]* B *[Signature]*

**14. As minhas observações:**

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da Declaração Amigável de Acidente Automóvel aplicáveis, preencher adicionalmente 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  Duas rodas

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 \_\_\_\_\_

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

Lourinhã, 9 de Março de 2016

## 12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

**PAULO SEGURAS**  
SOC. MEDIADORA, LDA.  
TEL. 261 414 715 - FAX 261 414 447  
ELEM 96 246 914