

# DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL

Folha 1/2

Espaço reservado para possibilitar a integração de um sistema de código de barras.

|                     |      |                |        |                                                           |
|---------------------|------|----------------|--------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Data do acidente | Hora | 2. Localização | Local: | 3. Feridos, mesmo ligeiros                                |
|                     |      | País:          |        | não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| 4. Danos materiais                                        |
| noutros veículos que não A e B                            |
| não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> |
| noutros objectos que não veículos                         |
| não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| 5. Testemunhas: nomes, moradas e telef. |
|                                         |
|                                         |

## VEÍCULO A

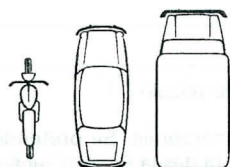
|                                                         |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| 6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro) |       |
| APELIDO:                                                |       |
| Nome:                                                   |       |
| Morada:                                                 |       |
| Cód. postal:                                            | País: |
| Tel. ou e-mail:                                         |       |
| NIF:                                                    |       |

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 7. Veículo        |                   |
| A MOTOR           | REBOQUE           |
| Marca, modelo     |                   |
| N.º de matrícula  | N.º de matrícula  |
| País de matrícula | País de matrícula |

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| 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 <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>     |       |

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

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

A

B

## VEÍCULO B

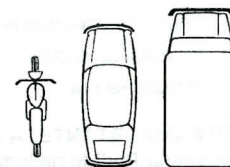
|                                                         |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| 6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro) |       |
| APELIDO:                                                |       |
| Nome:                                                   |       |
| Morada:                                                 |       |
| Cód. postal:                                            | País: |
| Tel. ou e-mail:                                         |       |
| NIF:                                                    |       |

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 7. Veículo        |                   |
| A MOTOR           | REBOQUE           |
| Marca, modelo     |                   |
| N.º de matrícula  | N.º de matrícula  |
| País de matrícula | País de matrícula |

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| 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 <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>     |       |

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| 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 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 \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

## 2 - CONDUTOR (se não coincidente)

Nome \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ É o condutor habitual da viatura? \_\_\_\_\_ Tem seguro

de carta? \_\_\_\_\_ Caso afirmativo: Seguradora \_\_\_\_\_

N.º apólice \_\_\_\_\_

## 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 (da oficina) \_\_\_\_\_

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 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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## 12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_