

CHECKLIST VISTORIAS
Dados do Cliente

Tomador de seguro	<input type="text"/>	Apólice nº	<input type="text"/>
Conductor da viatura:			
Nome:	<input type="text"/>	Apelido:	<input type="text"/>
Contacto:	<input type="text"/>	Endereço:	<input type="text"/>

Dados da Viatura

Valor declarado:	<input type="text"/>	Marca:	<input type="text"/>	Modelo:	<input type="text"/>
Matricula:	<input type="text"/>	Ano de fabrico:	<input type="text"/>	Categoria:	<input type="text"/>
Nrº do Motor:	<input type="text"/>	Nrº do chassis:	<input type="text"/>	KM:	<input type="text"/>

Estado da Viatura

Pintura	B	<input type="checkbox"/>	Pneus:	B	<input type="checkbox"/>	Chaparia	B	<input type="checkbox"/>
	R	<input type="checkbox"/>		R	<input type="checkbox"/>		R	<input type="checkbox"/>
	M	<input type="checkbox"/>		M	<input type="checkbox"/>		M	<input type="checkbox"/>

Elementos Verificados

Radio/Leitor CD		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Espelhos		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Faróis	FD	<input type="checkbox"/>		FE	<input type="checkbox"/>		TD	<input type="checkbox"/>	TE	<input type="checkbox"/>
Stop's			TD	<input type="checkbox"/>			TE	<input type="checkbox"/>		
Motor Funciona		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Espelhos externos		LE	<input type="checkbox"/>				LD	<input type="checkbox"/>		
Amplificador		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Verte óleo		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Escape		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Faróis de Nevoeiro		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Vidros	FD	<input type="checkbox"/>		FE	<input type="checkbox"/>		TD	<input type="checkbox"/>	TE	<input type="checkbox"/>
Vareta de Óleo		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Barulho no Motor		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Bateria		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Tampões		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Jantes Metálicas		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Jantes de Ferro		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		
Extras: (Aplicações)		N	<input type="checkbox"/>				S	<input type="checkbox"/>		

Legenda

FD	Frontal direito	N	Não	TD	Traseiro direito	LE	Lateral esquerdo
FE	Frontal esquerdo	S	Sim	TE	Traseiro Esquerdo	LD	Lateral direito
B	Bom	R	Razoável	M	Mau		

Anexos: Fotografias ilustrando os itens mencionados no nº 2 e fotografias dos 4 lados do veículo (obrigatório);
 Fotografias ilustrando os itens mencionados no nº 4 (se aplicável);
 Fotografias dos danos identificados (obrigatório);

Dados do condutor habitual da viatura

Nome:			
Nacionalidade:		Sexo:	
Profissão:			
Morada			
Nº:		Andar:	
Cx postal:		Cidade:	
Província:		Município	
Carta de condução nº			
Telefone:		Telemóvel:	
Fax:			
Possui alguma deficiência? Qual?			

Local onde a viatura fica estacionada

Descrição	Sim	Não
No interior da residência (Garagem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No interior da residência (Quintal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No exterior da residência/edifício	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em um parque de estacionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Local onde a viatura fica estacionada

Descrição	Sim	Não
Alarme sonoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imobilizador de Corrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gear Lock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Anti-hijack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Car Track/sistema de localização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueador de pedais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Extras (aplicações que não advém de fabrico)

Descrição	Sim	Não
Jantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revestimento interno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

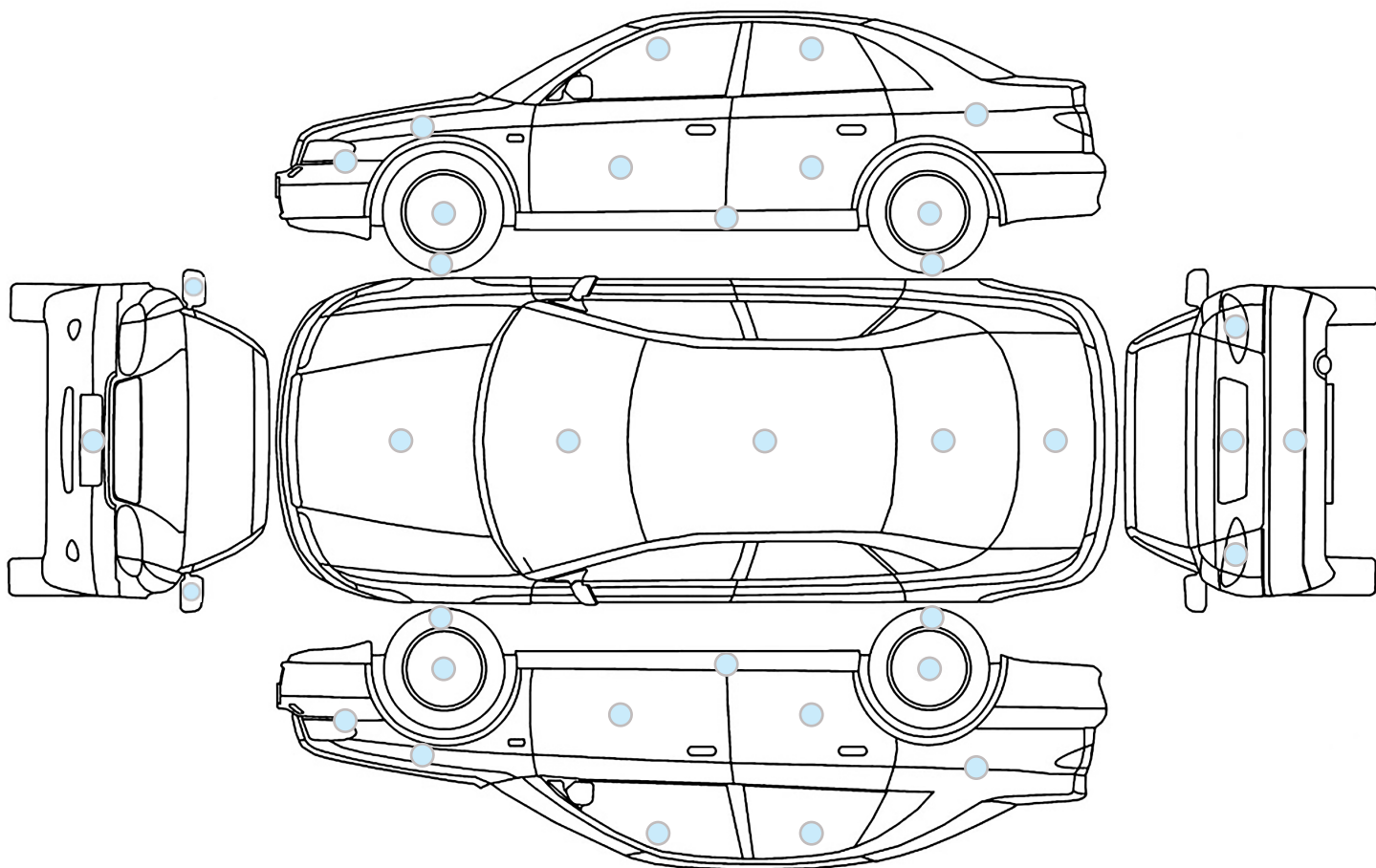
Dados da ficha de Inspeção periódica

Código:	Morada:	Matrícula:
AG:	Data da inspeção:	Próxima inspeção:

Observações da ficha de Inspeção

Anexos: Fotografias ilustrando os itens mencionados no nº 2 e fotografias dos 4 lados do veículo (obrigatório);
Fotografias ilustrando os itens mencionados no nº 4 (se aplicável),
Fotografias dos danos identificados (obrigatório);

Danos verificados



Parecer do Perito (Obrigatório)

Segurado _ _ _ _ _

Data: _ / _ / _

O perito _ _ _ _ _

Data: _ / _ / _

Anexos: Fotografias ilustrando os itens mencionados no nº 2 e fotografias dos 4 lados do veículo (obrigatório);
Fotografias ilustrando os itens mencionados no nº 4 (se aplicável),
Fotografias dos danos identificados (obrigatório);